ANNALI

DI

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

ANNALI

DI

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

DIRETTI DAL **Prof. DOMENICO CHIARA** (FIRENZE)

CON LA COLLABORAZIONE DEI SIGNORI:

Prof. **C. Belluzzi** (Bologna)
Prof. **L. Cazzani** (Cagliari)
Prof. **G. Chiarleoni** (Vercelli)
Prof. **D. Chiara** (Firenze)
Prof. **G. Corradi** (Firenze)
Dott. **G. Cosentino** lib. doc. (Palermo)
Prof. **E. F. Fabbri** (Modena)
Dott. **E. Fasola** lib. doc. (Firenze)
Dott. **G. Kirch** (Firenze)
Prof. **C. Liebman** (Trieste)
Prof. **G. Madruzza** (Perugia)
Prof. **L. Mangiagalli** (Catania)
Dott. **O. Marchionneschi** (Pisa)
Dott. **A. Martinetti** (Firenze)
Prof. **O. Morisani** (Napoli)
Prof. **P. Negri** (Novara)
Prof. **E. Pasquali** (Roma)
Prof. **P. Pellizzari** (Firenze)
Dott. **Rosario Pugliatti** (Messina)
Dott. **G. Scarlini** (Siena)
Dott. **N. Simula** (Sassari)
Dott. **M. Vercelli** (Saluggia)
Prof. **E. Welponer** (Trieste)

E REDATTI

dal Dott. **EMILIO FASOLA**
Aiuto-Professore nel R. Istituto ostetrico-ginecologico di Firenze

COL CONCORSO DEI

Dott. **GIULIO KIRCH**

E

Dott. **ANTONIO MARTINETTI** (Firenze)
Medici-assistenti nell'Istituto suddetto.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND LIBRARY

Anno VIII — 1886

MILANO
TIPOGRAFIA DI PIETRO AGNELLI
Via Pietro Verri, 16

Digitized by the Internet Archive
in 2021 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s7392id1398936

INDICE

Memorie Originali.

1. Bajardi D. — Contribuzione allo studio della ovulazione durante la gravidanza . . . . . *Pag.* 248
2. Bompiani A. — Fibromioma in utero gravido. Feto morto al principio del 4° mese e ritenuto in utero fino al 9° mese — Cura dell'anemia cronica con iniezioni ipodermiche di citrato di ferro . . . . . » 98
3. Carrara G. — Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia. » 252
4. Chiara D. — Tubercolosi comune e granulosi acuta in gravidanza . . . . . » 491
5. Cordella G. — Sopra un caso di anemia cronica per ripetute metrorragie da polipo lipomatoso della parete antero inferiore dell'utero parzialmente estrinsecatosi in vagina. Concomitante fibroma sottoperitoneale. — Asportazione del polipo. — Iniezioni ipodermiche di citrato di ferro . . . . . » 56
6. Cordella G. — Osservazioni di eclampsia puerperale seguita da guarigione . . . . . » 465
7. Donzellini G. — Stitichezza ostinata in gravidanza — Vomito incoercibile — Provocazione del parto — Specialissima evoluzione spontanea . . . . . » 29

8. Fasola E. — Contributo alla tecnica operativa nei cistomi intralegamentosi dell'ovaio . . . . . *Pag.* 197
9. Fasola E. — Sclerosi sifilitica uterina come causa di distocia . . . . . » 243
10. Frascani V. — Di un nuovo processo di decollazione fetale e di un nuovo strumento per eseguirla . . . . . » 37
11. Frascani V. — Casistica d'ostetricia medica — Disturbi generali di nutrizione e adipogenesi . . . . . » 178
12. Frascani V. — Contributo allo studio della misurazione fetale . . . . . » 539
13. Grazzini G. — Casistica di Ostetricia . . . . . » 485
14. Kirch G. — Gravidanza quinquegemella . . . . . » 324
15. Lauro V. — Un caso di eccessiva inclinazione del bacino » 408
16. Lauro V. — Contribuzione allo studio del bacino cifotico » 501
17. Mangiagalli L. — Cancro primitivo della vagina e sua escisione . . . . . » 1
18. Mangiagalli L. — La misurazione della coniugata ostetrica secondo il procedimento del Dott. Inverardi . . . . » 85
19. Mangiagalli L. — Corrispondenza scientifica . . . . » 339
20. Marta G. B. — Contributo alla storia dei tumori cistici dell'utero . . . . . » 13
21. Martinetti A. — Minaccia di morte per accesso dispnoico in donna gravida tubercolosa . . . . . » 107
22. Morisani O. — Ancora della sinfisiotomia . . . . . » 345
23. Morisani O. — Restaurazione del perineo . . . . . » 397
24. Morisani O. — Obliterazione della vulva in caso di gravi ed estese perdite di sostanza delle vie genito-urinarie . » 402
25. Negri P. — Chirurgia addominale — Una nuova interessante contribuzione . . . . . » 133
26. Negri P. — Alcuni rapporti fra infezione palustre e stato di maternità . . . . . » 277
27. Negri P. — Le elevate temperature nel corso della gravidanza . . . . . » 304
28. Negri P. — Una osservazione di Jumping in gravida . . » 336
29. Negri P. e Parona E. — Contribuzione allo studio della ovulazione durante la gravidanza. . . . . » 392
30. Roncaglia G. — L'elettricità in ostetricia . . . . . » 437

Traduzioni.

1. Guéniot. — Restringimenti cicatriziali della vagina. . . *Pag.* 114
2. Pozzi S. — Governo del peduncolo nell'isterectomia e della legatura elastica . . . . . » 67
3. Slawjausky. — Rottura dell'utero. — Operazione Porro. — Guarigione . . . . . » 72

Rassegna.

1. Budin. — L'uso delle iniezioni d'acqua calda in ginecologia . . . . . *Pag.* 123
2. Carini A. — Contributo allo studio della maturità dell'uovo » 556
3. Dohrn. — Due casi tratti dalla Clinica . . . . . » 84
4. Eugel V. — Casuistica (tre casi) di milza migrante . . » 82
5. Fasola. — Dal Rendiconto « Il triennio 1883-85 nell'Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze » . . . . . » 558
6. Felsenreich. — Governo del secondamento . . . . . » 556
7. Galabin. — Fibrosarcoma del corion . . . . . » 555
8. Gerny. — Profilassi del ventre pendulo nelle donne . . » 82
9. Guzzoni. — Pro Semmelweis . . . . . » 552
10. Heilbrunn. — Contributo alla nefrectomia . . . . . » 81
11. Krukenberg. — Contribuzione al trattamento dell'inversione uterina . . . . . » 81
12. Lavenstein Carl. — Lo scansamento dei canali di puntura nella vagina e nel retto nella plastica del setto retto-vaginale . . . . . » 82
13. Linhenfeld. — Isterectomia vaginale . . . . . » 129
14. Lugeol. — Un caso di distocia materna . . . . . » 126
15. Lowenthal. — Soppressione artificiale di mestrui nella clorosi . . . . . » 128
16. Maggia M. — Influenza della quantità delle acque dell'amnios e della lunghezza del cordone ombelicale sullo sviluppo del feto . . . . . » 554
17. Münster H. — Taglio cesareo con esito infelice per la madre e per il feto . . . . . » 83

18. Muratore A. — Un caso di laparotomia per gravidanza extra-uterina con rimozione del sacco fetale ed affondamento del peduncolo . . . . . *Pag.* 83
19. Remy. — Condotta da seguirsi nei casi di gravidanza complicata da cisti ovarica . . . . . » 555
20. Scott Vittoria M. A. — Calcolo della ghiandola vulvo-vaginale . . . . . » 125
21. Schwarz. — Governo dell'aborto . . . . . » 127
22. Valerani F. — Contributo all'amputazione utero-ovarica sopravaginale . . . . . » 551

Notizie.

1. Seconda riunione della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia . . . . . » 130
2. Società Medico-Fisica Fiorentina . . . . . » 274
3. R. Istituto ostetrico ginecologico di Firenze . . . . . » 342
4. Il Prof. Paiot . . . . . » 560

Necrologie.

1. Prof. Courty . . . . . » 132

Errata-corrige . . . . . » 276
Libri venuti in dono al giornale . . . . . » 344

Vol. VIII. Gennaio-Febbraio 1886 N. 1-2.

ANNALI

DI

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Istituto Ostetrico e Ginecologico della R. Università di Catania

CANCRO PRIMITIVO DELLA VAGINA E SUA ESCISIONE

OSSERVAZIONE

del Prof. L. MANGIAGALLI

La vagina può essere colpita da cancro o in modo secondario per diffusione dalla porzione vaginale dell'utero (molto frequente), dal retto, dalla vulva, dall'uretra (meno frequente), dalla sezione media ed inferiore della vescica (rarissimo) o in forma di nodi metastatici da carcinomi lontani, ovvero in modo primario.

Per consenso pressochè unanime di anatomo-patologi e di clinici, il cancro primitivo della vagina è rarissimo. All' autorità di Rokitansky, Förster, Klebs Birch-Hirschfeld nel campo anatomico, fa riscontro quella di Kiwisch, Veit, Schroeder, Breisky, Beigel, Barnes, De-Sinety e molti altri nel campo clinico. M. Clintock dice anzi di non averne mai osservato un caso distinto e non sono pochi i clinici che al pari di lui non ebbero opportunità di fare una simile osservazione. E non è inopportuno il fare rilevare anche la rarità *clinica* dell'affezione, poichè altrimenti si potrebbe obbiettare che troppo tardi essa si deve presentare alla tavola anatomica (quando cioè si è già diffuso agli organi vicini) perchè di tali reperti sia lecito il servirsi per determinare la frequenza del cancro primitivo della vagina. A tale accordo pressochè generale farebbe però eccezione il West, il quale dichiara di averne osservato 19 casi ed a questi

brevemente accenna nella lezione 32ª sulle malattie delle donne. A giudicarne però dalle parole stesse che vi dedica, soltanto una piccola parte di essi potrebbe ammettersi nel novero dei cancri primitivi della vagina. Egli infatti scrive: « in sei casi l'utero era perfettamente sano, in due non vi si poteva arrivare, in due l'affezione dell'utero era lieve e la sua natura affatto incerta, in nove esso era sede di decisa malattia cancerosa (1). »

Il Küstner, il quale, col suo lavoro pubblicato nel 1876 (2), inaugura per così dire la letteratura monografica su questo argomento, non si nasconde l'incertezza dei dati di West e pone in rilievo la loro discordanza con quelli dati dai più eminenti clinici. Egli raccolse 22 osservazioni di cui credo opportuno, nell'interesse di chi volesse occuparsi più profondamente di questo argomento, citare le fonti bibliografiche da lui designate e che io riscontrai soltanto in parte.

1) Morgagni. De sed. et caus, XXXIX, 33.
2) Kiwisch. Oesterr. med. Jahrb XLVI, 338.
3) Dittrich. Prag. Virtely, 1848, III, 102.
4-5) Meyer. Verhandl der Ges. f. Geb. in Berlin, 1851, 142.
6) Nélaton. Gazette des hôpit. 1850, 19 nov.
7) Spengler. Casper's Wochenschr, 1851, 34.
8) Wagner. Der Gebärmutterkrebs, 134.
9) Credè. Ibidem, 137.
10) Dittrich. Ibidem, 137.
11) Ferral. Ibidem, 137.
12) Roulston. Schmidt's Jahrb. Bd. 93. S. 70.
13) Martin. Monatschr. f. Geburtsh, XVII, 321.
14) Baldwin. Phil. med. T., 1870, dec. 15.
15-16-17) Eppinger. Prag. Viertelj, 1872, II, 9.
18) Hegar. Die operative Gynæk, 1874.
19) Beigel. Die Krankheiten u. s. w. II, 401.
20) Schröeder. Handbuch u. s. w. 468.
21-22) Freund Virchow's. Archiv. LXIV, 1.

Due casi v'aggiunge il Küstner, uno appartenente alla Clinica (Halle), l'altro alla pratica privata di Olshausen.

La rarità del cancro primitivo della vagina è dimostrata anche dallo scarso

---

(1) Malattie delle donne. Trad. De Cristoforis.

(2) Ueber den primären Scheidenkrebs (*Archiv f. Gynæk*, Bd. IX. H. 2).

numero delle pubblicazioni che seguirono quella di Küstner. Un caso ne pubblica l'anno successivo il Grünewald (1), lo Schroeder (2) ne pubblica tre casi nel 1878 e considera rarissima l'affezione. A. R. Simpson (3) accenna brevebrevemente ad un caso nel 1880, il Brükner (4) nel 1881 ne pubblica quattro casi tratti dalla clinica di Martin e sono soli fra 5000 donne state esaminate, infine nel 1885 ne sono pubblicati tre casi, uno da Grammatikati (5) che l'osservò a Pietroburgo nella clinica di Slawiansky, uno da Menzel (6) dalla clinica di Breslau ed uno da Teuffel (7).

Può quindi avere qualche importanza e destare interesse il contributo di un nuovo caso che si offerse alla mia osservazione nel dicembre dello scorso anno.

Osservazione.

Isabella P...., d'anni 38, di professione ricamatrice, entra nella Clinica il 14 dicembre 1885. La conformazione è regolare, la nutrizione discreta e non lascia sospettare un'affezione così grave. Soffrì il vaiuolo a 7 anni. Fu mestruata a 13 anni e le mestruazioni si successero regolarmente per qualità, quantità e periodo. Nulla di gentilizio in famiglia nei rami diretti e collaterali. Fu gravida una sol volta a 25 anni, il parto fu a termine, spontaneo, facile. Il secondamento fu accompagnato da abbondante emorragia che cessò spontaneamente. Nella terza giornata di puerperio fu colpita da febbre intensa preceduta da forte brivido di freddo, accompagnata da dolori alla fossa iliaca di destra e fu ammalata per tre mesi. Cessati i dolori alla fossa iliaca soffrì ostacolo serio alla defecazione, ella dice, per disturbo emorroidario. Pare che si sia allora praticata la dilatazione forzata dello sfintere nell'anestesia cloroformica, il che farebbe piuttosto credere all'esistenza di ragadi. La febbre riprese allora per altri tre mesi e dopo un certo tempo si manifestò un ascesso al bellico che si vuotò spontaneamente e dall'apertura vide uscire un lungo lombrico. Da allora in poi è stata sempre bene in salute. Solo nel maggio 1885 ella si accorse che in seguito ad ogni accoppiamento sessuale, del resto perfettamente indoloro, veniva fuori dalla vagina qualche po' di sangue ed avvertiva poca ma continua secrezione verdastra nei giorni successivi, secrezione che poi più non scomparve. Nessun dolore nè spontaneo nè provocato dal coito e dalla defecazione. Senso anzi di benessere generale. Dietro consiglio medico fece bagni di mare, iniezioni di acqua gialla (percloruro di ferro) e applicò zaffi glicerinati in vagina.

---

(1) Archiv f. Ginaek XI Bd. 3 H.

(2) Beiträge zur operativen Gynaekologie. Zeitschrift f. Geb und *Gynaeck*, III Bd. 2 H.

(3) Contributions to Obstetrics and Gynecology, pag. 205.

(4) Des primären Scheidenkrebs und seine Behandlung. *Zeitschrift f. G. u G.*, VI Bd. I. H.

(5) Ein Fall von operirtem primären Scheidenkrebs. *Centralblatt f. Gynaek*, N. 16, 1885.

(6) Zwei Fälle von primären Carcinom und Sarkom der vagina. — Ibidem.

(7) Zum primären Carcinom der vagina. *Centralblatt f. Gynaek*. N. 19, 1885.

Al suo ingresso in Clinica la nutrizione era buona, un po' pallide le mucose, la musculatura ben sviluppata. La donna non presentava sofferenzedi di sorta; gli organi del respiro, del cirolo, della digestione erano normali e fisiologicamente si compievano le loro funzioni. L'orina non presentava albumina. Gli organi genitali esterni non presentavano alterazioni di sorta nè alla vista nè al tatto; essi offrivano poco accentuati i caratteri di pluriparità. Appena superato l'introito vaginale il dito esploratore avvertiva sulla parete vaginale posteriore due noduli un po' appiattiti, della grandezza di piccoli ceci, molto consistenti impiantati sulla mucosa con larga base e subito dopo una larga ed estesa placca irregolare, bernocoluta, prominente di 1 ctm. circa nel lume vaginale e che si estendeva in alto fino alla volta vaginale, lasciando libero un piccolo tratto che la separava dalla base della porzione vaginale del collo. A destra oltrepassava di un paio di centimetri circa la linea mediana, mentre a sinistra si protendeva in qualche punto specialmente in alto fino al di là del margine laterale, dove accanto alla larga placca erano pure avvertibili alcuni noduli. Le tuberosità appianate che formavano detta placca erano separate da solchi e da anfrattuosità che richiamavano a mente la disposizione dei cotiledoni placentari. La consistenza di detta placca era notevole alla periferia. Il dito si ritraeva dalla vagina insanguinato. Introdotto in corrispondenza della parete vaginale anteriore un piccolo divaricatore vaginale ed un altro a destra, senza riescire a porre in luce tutto il campo morboso, si scorgeva come la parte centrale di detta placca fosse esulcerata. La vagina era ristretta ed irrigidita dalla infiltrazione neoplastica di una porzione delle sue pareti. Coll'esame digito-rettale detta placca faceva prominenza nel lume del retto, ma ne era separata da una mucosa perfettamente sana. La porzione vaginale del collo uterino presentavasi affatto normale e la mucosa che la rivestiva era liscia e levigata. L'utero, alquanto aumentato di volume, in lieve latero-versione destra era vincolato in alto da cordoni cicatriziali residui del sofferto processo di parametrite, la parte bassa del parametrio a destra non presentava indurimenti di sorta, non si avvertivano ghiandole linfatiche ingrossate nè col riscontro vagino-rettale nel perimetrio pelvico, nè coll'esame esterno alle pieghe inguino-crurali. Per i caratteri enunciati era dunque facile porre la diagnosi di cancro primitivo della vagina senza alcuna partecipazione degli organi vicini e limitato alla parete postero-laterale. Riguardo alla terapia due partiti mi si presentavano: raschiare la parte neoplastica lussureggiante col cucchiaio di Volkmann e cercare di raggiungere con questo il limite dei tessuti sani, facendo seguire il raschiamento dalla causticazione, ovvero resecare la parte di vagina infiltrata. — Poichè l'infiltrazione era tale da lasciarmi la speranza di cadere col tagliente sopra tessuti sani, è a quest'ultimo partito che mi appigliai, presentando maggiori probabilità di cura radicale. Essendo imminente la ricorrenza mestruale, si lasciò trascorrere questa. L'operazione venne praticata il 27 dicembre in presenza di una parte della scolaresca del 5° e del 6° anno, dall'assistente Dott. Coniglione, del Prof. Ughetti e del Dott. Maugeri.

Il piano operativo fu dapprima così concepito: mettere in luce il campo operativo con dilatatori vaginali, afferrare e trarre in basso la porzione vaginale del collo uterino e con essa la volta vaginale posteriore, incidere questa e proseguire quindi la dissezione dall'alto al basso. Ma mi feci accorto tosto che il piano doveva essere modificato; l'irrigidimento della vagina per il fatto della

infiltrazione neoplastica togliendo ad essa ogni distensibilità impiccioliva troppo lo spazio operativo, rendeva difficile l'abbassamento dell'utero, abbassamento reso anche inopportuno dai reliquati di pelvi-peritonite. Collocata perciò la donna nella posizione sacro-dorsale e compiuta l'anestesia cloroformica, senza punto introdurre alcun divaricatore in vagina, feci all'ingresso di questa una incisione semicircolare colla concavità all'alto afferrando quindi il lembo superiore con due pinze ed affidando queste ad un assistente coll'incarico di tenerlo sollevato e teso. Introdussi dopo l'indice della mano sinistra nel retto mentre coll'indice della mano destra andavo lentamente lentamente disseccando la vagina dal basso all'alto, senza mai perdere col primo il controllo della parete rettale. Di tratto in tratto, quando la dissezione della vagina era un po' progredita, isolavo il lembo con colpi di forbice ai due lati. Così procedetti nella dissezione e nella incisione fino verso il fondo vaginale deviando mano mano a destra ed a sinistra come a ventaglio spiegato, essendochè i limiti del male erano più estesi superiormente che non inferiormente. Un getto di una soluzione molto calda di sublimato all'uno per mille irrorava il campo operativo: arrivati così agli attachi superiori del lembo vaginale, lievi trazioni su questo ed un divaricatore applicato sulla parte vaginale anteriore misero in evidenza il cul di sacco vaginale posteriore che si incise a mano levata dall'interno all'esterno, esportando così tutta la zona vaginale infiltrata e lasciando a nudo una vasta breccia nel mezzo della quale si vedeva la parete anteriore del retto ed in alto la piega peritoneale del Douglas. — Esplorato col dito il cellulare paravaginale e parauterino si avvertì in alto ed a sinistra due nodi d'indurimento, che afferrati colla pinza vennero escisi. L'emorragia fu discretamente abbondante ma non grave; di alcune arteriole che davano sangue alla parte inferiore si fece la torsione, un gemizio di sangue piuttosto copioso ed insistente che si aveva dalla parte alta sinistra si frenò coll'applicazione del termocauterio di Paquelin. La breccia ottenuta era troppo vasta per pensare a riunirla mediante sutura, ed anche riuscendo a praticarla non si sarebbe potuto ovviare all'inconveniente di lasciare tra retto e vagina una cavità in cui sarebbero venuti a ristagnare i secreti della ferita. Ne dimisi affatto il pensiero, e intanto ad assicurarmi contro ogni pericolo di emorragia nelle ore successive, constatata ancora una volta l'integrità del retto e del peritoneo feci il tamponamento con batuffoli di garza al iodoformio. L'indomani rimessa la donna sul letto operativo rimossi il tampone e praticai generoso drenaggio mediante tre grossi tubi il cui estremo inferiore veniva fissato con punti di sutura all'ostio vulvare, applicando quindi al davanti di essi della garza iodoformica.

Mi astenni nei primi giorni da ogni irrigazione, che cominciai soltanto a praticare in 5ª giornata quando vennero allontanati i tubi di drenaggio. La donna ebbe vomito piuttosto ostinato nei primi due giorni: dopo, il decorso fu regolare, tranne qualche elevazione termica. Riporto la temperatura osservata nei primi nove giorni dopo l'atto operativo:

28	dicembre	M.	37.4	S.	38,2
29	»	»	37.6	»	38.5
30	»	»	57.6	»	38.1
31	»	»	37.2	»	37.6

1 gennaio	M. 37.3	» 3 pom. 37.5, 6 pom. 39.5		
2 »	» 37.9	S. 37.8		
2 »	» 37.4	» 37.3		
4 »	» 37	» 37.1		
5 »	» 37.1	» 37.2		

In detti giorni ebbe due defecazioni regolari mediante clisteri, dopo la temperatura fu sempre normale. In 20ª giornata essendo la secrezione ridotta al minimo si sospesero le irrigazioni e si dimise la donna. L'esplorazione non rilevava alcuna recidiva: la breccia era molto diminuita in dimensione e si avvertiva una superficie liscia, lievemente tomentosa, limitata lateralmente ed in basso dai bordi rialzati della vagina. Non venne praticato, perchè inutile ed inopportuno l'esame collo speculum.

Il Prof. Ughetti fece e gentilmente mi trasmise il reperto microscopico che qui riferisco.

Tanto la massa principale del tumore quanto il piccolo nodulo isolato si mostrano costituiti da ammassi irregolari o tondeggianti o in forma di prolungamenti digitali di cellule epiteliali impiantati in uno stroma di tessuto connettivo ove più ed ove meno abbondante.

Diagnosi: Epitelioma della mucosa vaginale.

Data la straordinaria frequenza del cancro primitivo dell'utero e specialmente della sua porzione vaginale, è a meravigliarsi che così raramente sia stato osservato il cancro primitivo della vagina. Secondo i dati di Eppinger, sopra 308 persone morte per carcinoma e di cui si fece l'autopsia nell'Istituto di anatomia patologica di Praga, dal 1° gennaio 1868 al 30 giugno 1871, vi furono 202 donne, di cui 76 affette da carcinoma cervicale e 3 da cancro primitivo della vagina. Tali cifre mettono contemporaneamente in evidenza la frequenza del cancro nel sesso femminile in confronto del maschile; la predilezione con cui è colpito l'utero, la rarità con cui ne è affetta la vagina primitivamente.

Secondo West (l. c.), riguardo alle circostanze che ne favoriscono lo sviluppo « il cancro vaginale si conformerebbe alle stesse leggi che governano lo » sviluppo del cancro dell'utero stesso, solo parrebbe svilupparsi in un periodo » più avanzato della vita, che non il cancro dell'utero, perchè solo 7 dei 19 casi » si osservarono tra l'età dai 35 ai 50 anni e gli altri 12 tra i 50 e i 60 anni. » Come col cancro dell'utero, così pure con quello della vagina, il matrimonio » e i parti apparentemente ne favoriscono la produzione, perchè solo 1 su 19 » pazienti era donna nubile, mentre le rimanenti 18 erano state gravide » 95 volte ed avevano dato alla luce 86 figli, ed in altri termini vi erano 5.3 gra- » vidanze e 4.7 parti a termine per ciascun matrimonio. »

A questi dati di West contraddirebbero le notizie raccolte riguardo agli

altri casi. Aggiungendo ai 22 casi riuniti di Küstner, le due osservazioni di questo autore, quelle di Grünwald, di Schröeder, di Bruckner, di Simpson, di Grammatikati, di Menzel, di Teuffel, la mia, si hanno 37 osservazioni che riguardo all'età si suddividerebbero:

Tra i	15	ed i	20	anni	2	casi
»	21	»	30	»	5	»
»	31	»	40	»	14	»
»	41	»	50	»	4	»
»	51	»	60	»	7	»
»	61	»	70	»	1	»
Non indicata					4	»
					—	
					37	»

Il cancro vaginale primitivo si osserva dunque con maggior frequenza tra 31 e 40 anni. Secondo le tabelle di Schröeder, Gusserow e Glatter il cancro uterino sarebbe invece prevalente tra i 40 e 50 anni. A questo riguardo è anche a notarsi come, mentre pare che il cancro uterino non sia ancora stato osservato prima del 20° anno, il cancro primitivo della vagina è stato osservato 2 volte tra il 16° ed il 20° anno. Che anzi, secondo una comunicazione di Breisky, nella raccolta anatomo-patologica di Strasburgo, si troverebbe un tumore carcinomatoso del volume di un uovo di pollo a larga base pendente dalla volta vaginale posteriore e spettante ad una bambina di 9 anni.

E neppure pare che il cancro vaginale sia in un rapporto qualsiasi colla fecondità, poichè, secondo i dati di Küstner, di 13 donne di cui si avevano i particolari a tale riguardo, 6 non avevano partorito, 1 aveva avuto un solo aborto e quelle che avevano partorito presentavano assieme 20 parti, cioè 2,8 per ciascuna.

Soltanto in un caso (Baldwin) si trovarono precedenti ereditarii, e solo nel caso di Hegar si potrebbe invocare come momento eziologico un insulto meccanico, inquantochè due nodi cancerosi da lui estirpati in donna di 50 anni, si erano sviluppati nei due punti della vagina che erano compressi dai rami discendenti di un pessario Hodge.

Il cancro primitivo della vagina può appalesarsi o come escrescenza circoscritta a base più o meno larga o sotto forma di infiltrazione più o meno diffusa con tendenza ad assumere una forma anulare. Quest' ultima pare più frequente ed in alcuni casi si vide colpita l'intiera lunghezza della vagina. In un certo numero di casi non è naturalmente possibile per la diffusione del male il determinare quale sia stato il punto di partenza. Così si hanno 9 casi in

orma anulare ed in 4 di essi è detto espressamente che era invasa la totale estensione della vagina. Negli altri 28 casi è indicata come sede prevalente la parete posteriore in 20, in 1 la parete postero-laterale destra, in 2 la parete postero-laterale sinistra, in 2 la parete anteriore, in 1 la parete destra, in 1 la sinistra, in 1 entrambe le pareti laterali.

La terapia chirurgica del cancro vaginale, fino a questi ultimi tempi, non è stata determinata e retta da principii fissi nè si inspirò a concetti di cura radicale. La rarità stessa dell'affezione vi si oppose. I caustici, il raschiamento col cucchiaio di Volkmann, il *ferrum caudens* rappresentavano i mezzi a nostra disposizione. Trattandosi di cancro a forma di escrescenza circoscritta si era applicata anche ad esso l'escisione, come nel caso di Hegar e più tardi in quello di Grünewaldt, il quale coll'ansa galvanica esportò un papilloma della parete vaginale posteriore della grandezza di un'avellana. Entra in tale categoria anche il caso di Teuffel nel quale nella parete vaginale posteriore 4 ctm. al disotto del punto più alto della volta vaginale eravi una prominenza del volume di una piccola avellana che venne escisa suturando la breve ferita rimastane.

Hanno invece una fisonomia clinica speciale i casi in cui si tratti di infiltrazione diffusa della vagina: in essi solo la resezione più o meno estesa di quest'organo poteva considerarsi come atto operativo con tendenza di cura radicale. E l'atto operativo veniva così ad individualizzarsi, costituendo la resezione della vagina. I rapporti anatomici del canale non escludono la possibilità anche della sua totale estirpazione. Il primo ad entrare in questa via fu lo Schröeder il quale in un breve lavoro pubblicato nel 1878, indicava col titolo « estirpazione totale del carcinoma vaginale » il metodo seguito in tre casi da lui operati. Egli circoscriveva la zona infiltrata con una incisione che approfondiva nella parte superiore finchè ne fosse interessato tutto lo spessore della vagina, e disseccava poi il lembo dagli strati sottostanti procedendo dall'alto al basso, ponendo così a nudo la parete rettale. Nei primi due casi riunì trasversalmente i margini della mucosa. Ma tra la mucosa vaginale così riformata e la parete rettale restò uno spazio in cui vennero a ristagnare e a decomporsi i secreti della ferita. Nel primo caso si ebbe morte per setticemia e da questa fu colpita anche la seconda operata, la quale però ne guariva mostrandosi due mesi e mezzo più tardi libera da recidiva. Nel 3° caso fece pure uso della sutura, ma a togliere l'inconveniente lamentato nei primi due, i fili senza penetrare nel lume del retto, passavano nello spessore della sua parete anteriore. Il decorso fu favorevole benchè in questo caso si ledesse durante l'atto operativo la piega peritoneale del Douglas, lesione a cui si riparò mediante sutura.

Martin operò pure due volte. Ad un suo terzo caso accennerò più tardi. Nel

primo caso era a sinistra la sede prevalente della infiltrazione che raggiungeva la linea mediana, oltrepassandola alquanto in alto e lasciando sana la mucosa per la larghezza di un dito tra il margine superiore della zona infiltrata e la porzione vaginale del collo. Messo in luce il campo operativo mediante lo speculum di Simon e dilatatori vaginali e fatta una incisione al limite inferiore della massa neoplastica, scollò la vagina dal basso all'alto, intaccando qua e là la tonaca muscolare del retto. Non venne praticata sutura: una emorragia profusa venna fermata col termocauterio di Paquelin. Nel secondo caso l'infiltrazione occupava il 3° superiore della parete posteriore e venne escisa questa zona ed amputata la porzione vaginale che presentava caratteri sospetti, ma poi all'esame microscopico si addimostrò sana. La ferita venne chiusa con sutura e guariva per primam. La paziente moriva due mesi dopo per ascesso delle ghiandole retroperitoneali.

A terminare la rassegna dei casi in cui si praticò la resezione più o meno estesa della vagina resta a far menzione dei casi pubblicati da Grammatikati e da Menzel.

Nel primo caso l'infiltrazione occupava la parete posteriore: afferrata e tratta in basso la porzione vaginale del collo si incise la vagina al margine inferiore della neoplasia, staccandola dal basso all'alto ed esportando anche una parte della porzione vaginale del collo. Mano mano che procedeva la dissezione della vagina riuniva con sutura la ferita residuante. Quattro mesi più tardi non erasi ancora presentata la recidiva.

Anche nel caso di Menzel trattavasi di carcinoma della parete posteriore. Messo a nudo il campo operativo con uno speculum di Simon e con due divaricatori laterali, e tratto l'utero in basso venne escisa la parte di vagina affetta dall'alto al basso, riunendo la ferita con sutura. Le notizie avute cinque mesi più tardi recavano che la paziente trovavasi benissimo, ma che da dieci settimane era cominciato uno scarso flusso mucoso-purulento.

Se noi facciamo ora il bilancio di questi sette casi operativi noi abbiamo: 1 caso di morte per effetto dell'atto operativo, 1 caso di morte due mesi dopo per ascesso delle ghiandole retro-peritoneali, 1 caso di setticemia grave. Negli altri casi il decorso non fu turbato da accidenti speciali.

Riguardo alla recidiva:

in 1 caso non è fatta annotazione alcuna
» 1 » (Schröeder) mancava due mesi e mezzo dopo l'atto operativo
» 1 » (Martin) già erasi constatata due settimane dopo
» 1 » (Grammatikati) mancava quattro mesi dopo
» 1 » (Menzel) 5 mesi dopo non era stata ancora materialmente constatata, ma sorge il sospetto che cominciasse due mesi innanzi.

I risultati non sono certo confortanti, ma a tale riguardo non può muoversi rimprovero al chirurgo che intraprenda per cancro la resezione della vagina più di quello che non possa farsi alle operazioni tutte che si propongono la cura radicale di tale neoplasma, qualunque sia la regione da esso invasa.

È curioso, come nei casi descritti di cancro primitivo della vagina, questo abbia complicato con relativa frequenza la gravidanza. Il Küstner cita il caso di Roulston, nel quale avevasi una diffusa infiltrazione della vagina e la donna morì non liberata. Nel caso di Bailly un tumore canceroso, voluminoso, ineguale erasi sviluppato nel setto retto-vaginale nel corso della 5ª gravidanza: nel periodo espulsivo parete vaginale posteriore e tumore vennero cacciati innanzi fuori della vulva dal capo fetale e dopo l'espulsione di questo rientrarono nella pelvi. I due casi osservati da Küstner nella pratica di Olshausen, si riferiscono entrambi a donne gravide. Il primo caso riguarda una donna, di anni 24, IVpara. La prima e la seconda gravidanza s'interruppero spontaneamente nel 6° mese dando alla luce feti macerati; la 3ª volta partorì a 7 mesi un feto vivo che visse soltanto poche ore. Dopo il puerperio si lamentò di perdite sanguigne pressochè continue dai genitali. Nel 6° mese della sua 4ª gravidanza venne constatata una infiltrazione circoscritta della vagina, che venne raschiata col cucchiaio di Volkmann: otto giorni più tardi si provocò il parto prematuro mediante l'introduzione di un catetere elastico nella cavità uterina; due giorni più tardi venne espulso in presentazione podalica un feto macerato e la donna soccombeva sette giorni dopo alla setticemia.

Nel secondo caso di Küstner trattavasi di donna Vpara, d'anni 32: la neoplasia cancerosa aveva invaso la parete posteriore vaginale e la volta corrispondente estendendosi anche alla parte alta della porzione vaginale. Partorì un feto apparentemente di sette mesi, morto.

Anche in un caso di Martin il cancro vaginale complicava la gravidanza. La donna era IVpara ed in travaglio. Cinque centimetri al disopra dell'introito vaginale avvertivasi il limite inferiore di una massa neoplastica che sporgeva nel lume della vagina dalla parete posteriore, ricoprendo la parete vaginale tutta all'ingiro e lasciando all'avanti uno spazio libero di circa due dita trasverse. Malgrado la presenza di tale massa riuscì la liberazione della donna mediante il forcipe, e quindi il distacco del neoplasma stesso col solo dito. La donna guarì; più tardi si ripresentò con un'avanzata cachessia cancerosa e degenerazione dell'utero e degli organi pelvici.

Abbiamo infine il caso di Simpson che si può così compendiare: VIIIpara, d'anni 37, gravida in 3° mese ed affetta da cancro epiteliare che occupava la parete posteriore vaginale e si elevava fino alla parte superiore posteriore della porzione vaginale. Venne scartata l'idea di provocare l'aborto: la donna moriva un mese più tardi senza essersi sgravata.

Quali sono gli ammaestramenti che l'ostetrico può trarre dai casi indicati? In verità sono scarsi ed è difficile additare in modo netto e preciso quale debba essere la condotta dell'ostetrico in simili complicanze, potendo o dovendo essa variare da caso a caso. Mi pare però che se ne possano segnare le linee generali secondochè l'ostetrico è chiamato nel corso del travaglio o a fine di gravidanza, ovvero nel corso di questa.

Nel primo caso dobbiamo considerare tre possibilità :

La vagina è infiltrata parzialmente e poco estesamente.
La vagina è infiltrata in grande estensione od in totalità.
Il cancro presentasi sotto forma di tumore circoscritto.

Nella prima ipotesi l'ostacolo al parto difficilmente sarà grave: l'estensibilità del resto della vagina supplirà alla mancanza di estensibilità della parte affetta.

Nella terza ipotesi potremo avere il parto spontaneo, ovvero il forcipe (caso di Martin) o la versione trionferanno dell'ostacolo, il quale potrà ad ogni modo essere rimosso facilmente anche a scopo puramente ostetrico, mettiamo coll'ansa galvanica.

Nellla seconda ipotesi avremo un ostacolo pressochè iusuperabile dalla natura e dall'arte potendo la vagina essere ridotta ad un canale rigido , inestensibile, che appena dia adito al dito esploratore ed avremo una indicazione precisa del taglio cesareo, poichè anche ammessa la possibilità di far passare il feto attraverso una vagina estesamente infiltrata ciò non potrebbe avvenire che con estese lacerazioni di cui sarebbe impossibile prevedere i limiti e le conseguenze.

Nel secondo caso possono presentarsi due ipotesi:

Il cancro è operabile con intenti radicali.
La diffusione del male non può lasciarci tale speranza.

In questa seconda ipotesi un altro elemento deve entrare in discussione : l'epoca della gravidanza in rapporto colla diffusione del neoplasma e colla rapidità del suo sviluppo. Se il feto è vitale e se la estensione e la rapidità di sviluppo del male sono tali da farci prevedere seri ostacoli al parto attendendo il termine della gravidanza, e tali ostacoli non sono offerti dai limiti attuali del male, potrà avere indicazione opportuna il parto prematuro. L'idea dell'aborto provocato dovrà invece, a mio avviso, essere sempre scartata, non po-

tendo, in simili casi, sacrificare gl' interessi del feto alla madre già condannata a breve scadenza.

Se poi il cancro è contenuto entro certi limiti da lasciarci la convinzione di operare su tessuti sani, che quindi operando la recidiva possa mancare o quanto meno procrastinarsi alquanto, l'ostetrico non potrà rifiutare a sè ed alla paziente questa speranza e sarà autorizzato ad operare malgrado lo stato di gravidanza.

CONTRIBUTO

ALLA

STORIA DEI TUMORI CISTICI DELL' UTERO

del Dott. **G. B. MARTA**

Nel numero d' aprile 1884 della *Revue de Chirurgie* leggeva una memoria di Ed. Schwartz sotto il titolo: « tumeur fibro-kystique de l'uterus inserée sur le fond de la matrice. » Lo Schwartz facea seguire la narrazione del caso da alcune riflessioni che riguardano sovratutto la difficoltà diagnostica relativamente alla sede di questi tumori.

Il fatto dello Schwartz dovea destarmi il più vivo interesse, tanto per la singolarità della osservazione quanto perchè poco tempo prima avea operata nello Spedale una donna affetta da fibro-leio-mioma cistico dell' utero. Il gravoso incarico della supplenza per un anno e mezzo circa al posto di Chirurgo primario del 1° Riparto Chirurgico lasciato vacante dal chiarissimo Dott. Minich non mi permise sino ad ora di rendere pubblica questa mia osservazione che servirà, io credo, di contributo allo studio di queste speciali neoformazioni.

Passo subito alla narrazione del fatto: Callegari Caterina nata Soppelsa di anni 35, di Cencenighe (Prov. di Belluno) fu accolta nella 1ª sezione chirurgica (sala 8ª) dello Spedale Civ. di Venezia, il 25 febbraio 1884.

Mestruata per la prima volta a 15 anni, a 20 andò a marito, ed i tributi mensili furono regolari per un certo tempo. Due anni dopo il matrimonio si sgravò d'un bambino tuttora vivente.

Da nove mesi soltanto dice essersi accorta che il ventre cominciava a crescere, particolarmente al lato sinistro; e la sua attenzione fu risvegliata specialmente dal fatto che l'accrescimento era accompagnato da dolori. Questi erano per lo più circoscritti alla zona ombellicale, ma qualche volta s'irradiavano all' ipogastrio. Coll' accrescersi del ventre le mestruazioni cominciarono ad essere irregolari, vale a dire più frequente la loro comparsa e più abbondante lo scolo.

In questi ultimi tempi la pausa intermestruale fu perfino solo di otto o dieci giorni. Da due giorni soltanto cessata la mestruazione. Soffre da qualche tempo di dispepsia gastralgica con rigurgiti e vomiturizioni.

Il ventre ha una figura regolare globosa; è uniformemente elastico ed espanso; l'ombelico è prominente. Lo sviluppo del ventre si può paragonare ad una gravidanza a termine. Pochissimo sviluppate le vene sottocutanee Il tumore occupa l'ipogastrio, le fosse iliache, la regione ombelicale e sopra ombelicale. Risonanza timpanica alle parti declivi lungo il prolungamento della linea ascellare posteriore. Colla palpazione non si rileva alcuna durezza sulla superficie del tumore. Il fiotto è ovunque trasmesso, non però molto accentuato, tanto da supporre che il liquido abbia una certa densità.

Circonferenza totale passando sul bellico che è il punto più saliente	Cent. 96	
Diametro xifo-pubico	» 35	
» » ombelicale	» 16	
» pubo-ombelicale	» 19	
Dalla spina il. ant. sup. al belico	» 21	a destra
» » » » »	» 21	a sinistra
Diametro trasverso da dove comincia la sonorità ai fianchi	» 48	
Diametro longitudinale, cioè dal pube al limite della mattezza nella parte sup.e del tumore .	» 33	
Fra le due spine iliache ant. sup.	» 45	
Perimetro	» 93	

Coll'esame digitale: vagina ampia; calore normale, discreta secrezione mucosa, fornici non sporgenti.

Il collo dell'utero elevato, ma accessibile; coll' esame rettale a stento si arriva a toccare il muso di tinca. Cercando di spostare il tumore dal di fuori, la porzione vaginale dell' utero ne segue i movimenti, vale a dire si allontana o si avvicina alla punta del dito esploratore a seconda del movimento impresso. Il sondaggio non riesce difficile, ed il catetere si porta un poco a destra e piuttosto anterioramente, benchè non occorra di troppo abbassarne il manico. Non si rileva alcun ingrandimento della cavità dell'utero.

Sotto i movimenti inspiratori, il limite della risonanza alla parte superiore assai poco discende, vale a dire il tumore poco s'abbassa. Orine normali. Non viene praticata la puntura esplorativa.

Diagnosi. — Cisti ovarica, probabilmente dell'ovario sinistro, uniloculare, a contenuto denso colloideo, con aderenze all'utero ed alla parete addominale anteriore.

Disinfezione accurata nei giorni che precedettero l'atto operativo cioè: bagno fenicato generale; irrigazioni vaginali con soluzione fenicata al 2 1/2 %, due volte al giorno; al 5 % prima dell'operazione.

Fu mantenuta costantemente sul ventre una compressa bagnata in una soluzione fenicata al 2 1/2 %; l'intestino venne vuotato ripetutamente.

Il 1° marzo alle ore 9 ant. sotto la narcosi cloroformica si passò all'atto operativo.

Praticai sulla linea alba un incisione di otto cent. circa, arrivando a strati sino al peritoneo che aderiva intimamente alla cisti. Le pareti addominali, ricche di tessuto adiposo, aveano uno spessore di tre centimetri e mezzo circa. Per la intima connessione della cisti al foglietto sieroso, pensai di prolungare l'incisione sino all'ombelico sperando che le aderenze fossero meno forti, ed incominciarne quindi il distacco dalla parte superiore. Ma riuscito inutile questo tentativo, insinuai la punta d'una sonda fra la cisti ed il peritoneo arrivando con pazienza a staccare gran parte delle aderenze d'ambo i lati. Poscia colla mano continuai dolcemente nel distacco delle briglie che tenevano aderente la parete cistica alla parete addominale anteriore. Questo secondo tempo riuscì abbastanza facile e sollecito perchè le aderenze erano poco fitte e facilmente lacerabili; fuvvi scarso gemizio sanguigno. Punsi allora la cisti con un grosso trocart, e vuotai completamente il contenuto che era costituito da un liquido piuttosto denso, colloideo, di color giallo oscuro, nella quantità di 12 litri.

Ritirato il trequarti chiusi l'apertura della cisti con una grossa pinza di Nélaton, e cominciai l'estrazione. Superiormente la cisti aderiva in una certa estensione coll' omento, e furono fatte varie legature. Posteriormente vi erano lasse aderenze colle ultime porzioni del tenue, e queste furono tolte previa doppia legatura in catgut come le precedenti.

Estratta la cisti, la si trovò attaccata con peduncolo corto e grosso circa un dito, alla parte superiore destra dell'utero in prossimità all' impianto della tuba.

Si legò il peduncolo ad un centimetro dalla sua base con un grosso filo di seta fenicata.

Dopo un' accurata toilette, la ferita venne riunita con quattro punti di sutura profonda (ago del De Rubais), avendo cura, bene inteso, di addossare largamente le superfici sierose. Si fecero poscia dodici punti di sutura nodosa superficiale. Medicatura all'iodoformio. — L'operazione durò 35 minuti e l'ammalata fu rimessa a letto calma e tranquilla.

Ore 12 1/4 pom. temp. 37.6
» 2 » » 38.1
» 7 1/2 » » 38.4 polso 84

---

temp. minima 37.6
» massima 38.4

---

2 Marzo (2ª giornata) ore 12 1/2 temp. 37.6
» 4 » 38.8
» 6 » 39.6 polso 102. Respir. 32.

Jeri a sera dopo l'iniezione ipodermica di un centigrammo di muriato di morfina dormì per cinque ore. La febbre non fu preceduta da brivido, non vomito nè nausee, nessun dolore al ventre, nè la fasciatura la molesta. Respiro un po' affannoso. Venne siringata due volte. Orina 800. Iniezione morfina.

Ore 10 ant. temp. 38.5
» 3 pom. » 39.5 polso 120
» 8 » » 39.1
» 12 » » 38.3

Leggiero meteorismo, non vomito, qualche eruttazione, e qualche traffittura al ventre.

Temp. minima 37.6
» massima 39.6

---

3 Marzo (3ª giornata).

Ore 5 ant. temp. 39.3
» 7 » » 39
polso 108, resp. 30, orine 850

Notte tranquilla, sudore profuso, lingua asciutta, frequenti eruttazioni, meteorismo non aumentato; dall'ano emette poca quantità di gas (cannula rettale).

ore 11 ant. temp. 38.4
» 2 pom. » 37.9
» 6 » » 38 polso 110
» 9 1/4 » 38.2
» 12 » 37.7

Verso il mezzogiorno cominciò a vomitare, polso frequente ed un po' depresso.

Carta senapata all'epigastrio. Mistura con tintura di noce vomica e tintura tebaica. Ghiaccio. Acqua di seltz. Clisteri di brodo, uova ed alcool.

Temp. minima 37.7
» massima 39.3

---

4 Marzo (4ª giornata) ore 4 ant. temp. 38.5
» 7 » » 37.5
Polso 108. Respir. 24. Orine 550

Il meteorismo si mantiene come nei giorni precedenti. Alvo chiuso.

Nella notte frequente rigurgito ad intervalli più o meno lunghi. Lingua asciutta. Non dolori al ventre, ma allo stomaco (ossalato di cerio 0,05 zucchero 0,10 fa polvere; da dosi tali 4).

ore 10 ant. temp. 38
» 2 pom. » 38
» 5 » » 38.5
» 8 » » 39.5 polso 116 e

depresso (iniezione etere solforico con canfora). Clisteri nutrienti. Persistendo il dolore allo stomaco e le frequenti eruttazioni si applica un vescicatorio all'epigastrio.

Meteorismo diminuito. Col montare della febbre un po' di delirio ma placido. Cofosi. Lingua asciutta. Mai brividi. Fisionomia abbattuta ma non scomposta.

Clisteri nutrienti. Iniezioni muriato morfina.
Temp. massima 39.5
» minima 37.5

---

5 marzo (5ª giornata) ore 2 ant. temp. 38.5
» 7 » » 37.5
Polso 100. Respir. 28. Orine 750.

Notte tranquilla. Due sole volte rigurgito. Lingna asciutta ed un po' rossa. Senso di bruciore alla retrobocca. Meteorismo diminuito. Nessun punto dolente

al ventre sotto la pressione, nè dolori spontanei. Parla sensatamente e non si lagna che del bruciore alle fauci.

Iniez. ipod. di bimuriato di chinina 0,60.

ore	10 ant.	temp.	37.3
»	2 1/2 pom.	»	37.5
»	5 »	»	37.6
»	8 1/2 »	»	37.2
»	12 »	»	37.2

polso dal 96 al 100 e più sostenuto del solito. Non vomito. Qualche eruttazione. Prende latte e qualche pezzetto di ghiaccio. Iniez. ipodermica muriato morfina.

Temp. minima 37.2
» massima 38.5

---

6 marzo (6ª giornata) ore 4 ant. temp. 37.9
» 7 1/2 » 37.1
Polso 84. Resp. 20. Orine 1000.

Notte tranquilla, mai vomito ne rigurgito. Si lagna d'un senso d'abbattimento. Lingua asciutta ed impaniata. Diminuito assai il meteorismo. Nessun dolore al ventre sotto la pressione (Acqua di Ceresa con tintura Tebaica).

Ore 1 pom. 37.4. Due scariche diarroiche. Spontanea l'emissione dell'orina. Polso regolare ma piuttosto depresso. Respiro tranquillo. Qualche eruttazione. (Acqua satura d'acido carbonico).

Ore 7 pom. 37.5. Polso 88. Ebbe due volte vomito ed in seguito allo sforzo si lagnò di dolori alla ferita. (Iniezione ipodermica d' un centigrammo di muriato morfina). Clisteri nutrienti.

Ore 12, 37.1. Stato generale un po' depresso (Iniezione ipoder. Etere solforico con canfora 0,20).

Temp. minima 37.1
» massima 37.9

---

7 Marzo (7ª giornata) ore 4 ant. temp. 38.5
» 7 3/4 » 37.8
Polso 80. Orine 750

Non vomito. Qualche eruttazione. Respiro tranquillissimo.

Tolta la prima medicatura si scorge la ferita tutta riunita. Levati i punti di sutura, da due di questi sorte del pus (uno profondo inf., ed uno superficiale superiormente) esercitando una leggera pressione ai lati della ferita. Il ventre è molle, affatto indolente, depressibile in qualunque punto senza ridestare il minimo dolore. Nessuna traccia di meteorismo.

ore 12 temp. 38
» 3 pom. » 37.8 è un po' inquieta. Qualche dolore di ventre. (Iniezione di muriato morfina 1 centigrammo). Dopo l'iniezione ritorna la calma.

Ore 5 pom. 37.5, polso 86. Respirazione tranquilla. Qualche borborigmo. Non vomito nè eruttazioni. Da stamattina prese un litro di latte.

Ore 8 3/4 pom. 37.6 sempre tranquilla
» 12 » 37.4 (Iniez. mur. morf.)
Temperatura minima 37.4
» massima 38.5

---

8 Marzo (8ª giornata) ore 4 ant. 37.6
» 7 1/2 37.9 polso 86. Orine 850.

Notte tranquilla. Dormì alcune ore. Suppuranti i punti di sutura. *Nel mezzo la ferita si è un po' aperta, ma superficialmente, ed in piccola estensione.* Non vomito, nè eruttazioni, polso regolare, ma depresso.

(Iniezione etere solf. 1, Canfora 0,20).
Ore 12 38.3
» 3 pom. 37.6
» 5 » 38.9 polso frequente e così il respiro.

Si rinnova la medicazione. Ferita ancor più aperta, ma non sembra in tutto lo spessore della parete addominale. La si riunisce con un punto di sutura nodosa (filo d'argento). Suppurazione più abbondante. Forze più depresse del solito (Iniez. etere con canfora).

Ore 8 pom. 39 polso piccolo e frequente. Inquietissima (iniezione muriato morfina).

Ore 12, 39. Abbattimento. Vaniloquio. Lingua rossa asciutta. Polso depresso, piccolo, frequente.

Temperatura minima 37.6
» massima 39

---

9 Marzo (6ª giornata). Muore alle 5 ant.

Autopsia (eseguita 36 ore dopo la morte).

Rigidità cadaverica in grado mediocre. Faccia contratta. Pallore generale. Spina non aperta, cervello un po' più molle del solito. Cuore floscio; cavità un po' dilatate. Miocardio pallido e sottile. Polmoni un po' compressi in alto; i lobi inferiore rosso-neri; affondano nell'acqua; il destro patentemente epatizzato a chiazze dove rosse e dove grigie. Fegato di giusto volume ma giallo per ricca infiltrazione, adiposa uniforme. Milza normale. Reni, con la sostanza corticale diminuita di spessore, un po' flosci, giallastri per infiltrazione adiposa.

Lieve sostenutezza delle pareti addominali per leggera distensione delle intestina. Rimossi i punti di sutura, ed allargata la ferita si trova un'ansa del tenue aderente al peritoneo parietale in direzione della ferita in modo da costituire il fondo della stessa nel sito dove si era riaperta. Gl'intestini sono quali più e quali meno incollati insieme da un essudato purolento, che però gli lascia tosto staccare gli uni dagli altri.

Non si nota raccolta nella cavità addominale. Tutte le intestina più o meno rosso-brune e qua e là coperte da un leggero strato del sopradetto essudato. Il peritoneo parietale è dove più e dove meno livido nerastro. Al bordo inferiore della ferita, cioè a tre dita circa dal bordo superiore della sinfisi pubica, vi è infiltrazione di pus al dissotto della muscolatura per un tratto di due centimetri.

L'urocisti vuota. Lo stomaco disteso. Contiene del liquido nerastro.

L'utero si vede al suo posto, forse un po' aumentato di volume. Al polo destro del suo fondo si scorge il moncone reciso e legato, rimasto in posto, della cisti esportata. Le ovaja e le trombe sono al loro posto naturale e non si vedono alterate tranne che sono anch'esse coperte da un sottile strato discontinuo di marcia.

Proprio a ridosso del fondo uterino, al suo polo destro, esiste la legatura doppia, ed al disopra di questa vi è il residuo del peduncolo della cisti, molliccio, nerastro alla superficie amputata, rosso nerastro spugnoso nel rimanente. Tolti i fili di legatura si nota che il rivestimento peritoneale uterino si continua sul peduncolo, ed inciso questo assieme alla sostanza uterina contigua, si vede parimenti *il moncone amputato continuarsi nella detta sostanza senza differenza di struttura.*

La cavità dell'utero, non avea alcun rapporto col peduncolo, nè con esso aveano a fare le due tube che furono siringate con setole di maiale. Esso peduncolo avea la circonferenza al suo bordo libero di circa 8 centimetri. Al luogo dell'allacciatura, grosso la metà: Esciso, il suo punto d'inserzione corrisponde a quello del legamento ovarico destro sul versante posteriore dell'utero.

Esaminato al microscopio il sangue, tolto da una vena del braccio, non si videro micro-organismi. L'essudato peritoneale ne presentava in quantità.

Esame del tumore. — La cisti era bianca a pareti spesse, esangui, uniloculare, liscia esternamente, ed all'interno rugosa con delle escrescenze irregolari. Queste ultime in alcuni siti erano grosse e s'innalzavano a sepimentare parzialmente la cavità: Tali escrescenze erano piuttosto dure e d' un rosso sbiadito e costituite da un tessuto fibro-muscolare ipertrofico; tutta la cavità era anfrattuosa e mancante di membrana interna propria.

Il contenuto della cisti era costituito da un liquido denso colloideo, nella quantità di 12 litri, e conteneva sangue ed albumina in deboli proporzioni. Esaminando poi la porzione di peduncolo asportata, e quella del medesimo che rimase aderente all'utero si notò che erano esclusivamente composte da fibre muscolari lisce cementate da poco tessuto connettivo. Facendo poi delle sezioni che interessavano il fondo dell' utero e insieme il peduncolo che vi aderiva, si vide che il tessuto uterino passava e si continuava nel peduncolo senza punto modificarsi.

L'osservazione surriferita parmi presentare molti punti interessanti relativamente cioè al decorso del morbo, e sia dal punto di vista operativo che da quello anatomo patologico.

L' autopsia ci ha rilevato una peritonite non generalizzata, a stretto rigore, e con scarso essudato purolento.

Dapprincipio avevamo già notati i sintomi d'una peritonite, abbenchè mancassero affatto il dolore, il brivido iniziale e l' altezza della temperatura. Il sintomo predominante fu il vomito, che avea piuttosto i caratteri del rigurgito perchè quasi mai preceduto da conati e così poco molesto alla paziente. Le sostanze vomitate non erano che le poche bevande ingeste, e mai di color verde.

Nella 2ª, 3ª e 4ª giornata notammo, è vero, una temperatuta discretamente elevata, ma l'ipertermia non si mantenne che in qualche ora del giorno, e quotidianamente poi s'ebbero, in ore differenti, momenti d'apiressia.

Il meteorismo si mantenne sempre limitato, tanto che non fu mestieri rallentare i capi della fascia ventrale, nè ebbe l' operata a lagnarsi di respirazione affannosa.

Adunque evoluzione graduata, non rapida dei sintomi, con intensità non troppo accentuata degli stessi, e con predominio forse dei fenomeni nervosi.

Non ci si presentava infatti una forma di peritonite veramente acuta e generalizzata, in modo da destare serie inquietudini.

La mancanza di alcuni sintomi, e la tenuità di alcuni altri non ci denotava la forma classica della peritonite, ma un andamento piuttosto anormale.

Questo decorso in apparenza lusinghiero fino all' 8° giorno cangia, si può dire repentinamente, e colla riacutizzazione del processo infiammatorio si nota l'insorgenza di sintomi settici.

Io credo dover attribuire alla sepsi quell'assieme di fenomeni ultimamente venuti in scena anzichè ritenerli d'origine nervosa, cioè da probabile irritazione del plesso solare.

Riassumendo adunque: peritonite non generalizzata, a decorso anomalo sia per la mancanza di alcuni sintomi sia per la variabile intensità degli stessi, con insorgenza di fenomeni settici negli ultimi giorni di vita. Quest'ultima evenienza doversi attribuire alla suppurazione di alcuni punti di sutura.

Il decorso di questa malattia lo dividerei in due periodi vale a dire: 1° peritonite sub-acuta non generalizzata di forma anomala dal 1° al 7° ed 8° giorno; 2° successivamente riacutizzazione del processo peritonitico con insorgenza di sintomi settici. Il primo periodo lo direi conseguente (con molta probabilità) ad una infiammazione suppurativa del peduncolo; il secondo dovuto alla suppurazione dei punti di sutura e forse anche alla parziale riapertura della ferita.

Nel primo periodo colla suppurazione del peduncolo si iniziò nelle anse intestinali a contatto del pus segregato un processo infiammatorio che si diffuse alle altre, provocando l'adesione d'un ansa intestinale al fondo della ferita, e forse la propagazione della flemmasia al peritoneo parietale, ma in una zona circoscritta.

Nel secondo stadio, colla suppurazione dei punti di sutura si riacutizzò il processo infiammatorio che stava probabilmente per estinguersi; ed il processo suppurativo unitamente alla parziale riapertura della ferita contribuì anche allo sviluppo dei sintomi settici.

La suppurazione del peduncolo in generale, e nel caso mio ammessa nel primo periodo come momento eziologico determinante la flemmasia peritoneale, è un fatto abbastanza noto, e non abbisognano quindi citazioni od esempi per provarlo maggiormente. L'importanza di questo fatto porta invece a considerazione sul trattamento dello stesso, e nel caso in discorso, ad un trattamento extra peritoneale come mezzo migliore per ovviare allo sviluppo d'una peritonite.

In tesi generale non è più discutibile a quale metodo debba attenersi il chirurgo in simili casi; in simili circostanze, quasi da tutti si stima cosa prudente

il fissare il moncone reciso all'angolo inferiore della ferita a meno che ragioni particolari non indicassero la legatura perduta.

E queste ragioni particolari si trovavano appunto nella mia operata dove il peduncolo era molto corto, l'utero che non si lasciava stirare all'insù, e di più come ho notato, s'avea un'enorme spessore delle pareti del ventre per ricca deposizione adiposa.

Tutte queste circostanze non permettevano un trattamento extra peritoneale amenochè non s'avesse voluto esercitare una violenta e dannosa trazione sull'utero e suoi annessi, causa di danni ulteriori, e forse insufficiente a mantenere in sito il moncone col progredire dei giorni.

Queste brevi considerazioni credo sieno sufficienti a giustificare la mia condotta in questo caso; condotta che parmi del tutto razionale, tanto più che se il peduncolo a legatura perduta fu la causa prima del processo peritonitico non fu certamente la causa del disastro.

Pensando ora alla suppurazione di alcuni punti di sutura devo notare: che questa è una circostanza grave, particolarmente se si tratta come nel nostro caso di qualche tramite profondo.

Questa insorgenza viene attribuita all'abbondanza di pannicolo adiposo delle pareti addominali; e nel nostro caso abbiamo già notato uno sviluppo considerevole di tessuto adiposo nello spessore delle labbra della ferita. Spencer Wells (1) ne parla in proposito, ed ultimamente visitando la clinica ostetrico-ginecologica di Basel, l'illustre Prof. Bichoff mi raccontava alcuni fatti relativi a questa complicazione.

Lo Spencer, come dissi, ha osservato che qualche volta la riunione avviene con la suppurazione di uno o più punti di sutura, ma v'aggiunge: che attualmente è rarissimo il vedere una sola goccia di pus in virtù dell' efficacia del metodo antisettico.

Nell'osservazione da me riportata avendo ottemperato scrupolosamente a tutte le norme del metodo Listeriano, durante, prima, e dopo l'atto operativo, io non posso attribuire lo sviluppo d'un processo suppurativo dei punti di sutura che all'impiego della seta non perfettamente asettica.

Qui nel nostro ospitale, la seta vien fatta bollire lungo tempo in una soluzione fenicata al 5 % ed in una certa quantità, per cui se questa non necessita tutta per l'atto operativo, il rimanente viene conservato in un vaso chiuso con soluzione fenicata pure al 5 %. Io credo appunto che questa seta conservata, e

---

(1) Des tumeurs de l'ovaire et de l'uterus. Paris 1883 (traduit par le Dott. Paul Rodet, avec une preface par S. Duplay).

forse manomessa per altri atti operativi, e la di cui bollitura rimontava qualche tempo addietro, non fosse perfettamente asettica ed il caso da me osservato verrebbe a dimostrarlo.

Così io vorrei giustificare l'insuccesso perchè, ripeto, furono messe in pratica con la massima diligenza tutte le misure necessarie per provvedere ad una completa asepsi.

Da ultimo voglio rispondere ad una obbiezione che mi si potrebbe fare, vale a dire: se la circostanza dell' imperfetta riunione della ferita parla per un processo setticoemio insorto fin dai primi giorni, e che impedì, parzialmente, il processo adesivo, in seguito appunto dell'alterata crasi sanguigna.

In questa domanda, dalla quale si rileva l' andamento del processo di cicatrizzazione, vi è inclusa, si può dire, la risposta. Infatti la riapertura della ferita non fu che parziale, limitata cioè al centro della stessa in un' estensione di un centimetro poco più. Se un processo di sepsi fosse già stato in corso, la riunione non sarebbe avvenuta e solidamente, in quasi tutta l'estensione della ferita, oppure la riapertura non si sarebbe limitata al centro della stessa. Devo aggiungere da ultimo un'altra circostanza, e cioè che al sesto giorno, dietro uno sforzo, l'ammalata si lagnò di dolori alla ferita, ed al 7° giorno tolta la prima medicatura, la ferita si mostrava tutta riunita.

È verosimile adunque che sotto lo sforzo la ferita si sia disunita nella sua parte centrale, dall'interno all' esterno, e che al 7° giorno dopo aver rimossa la medicatura e tolti i punti di sutura, sotto un colpo di tosse, od uno sforzo qualsiasi (forse anche nell'emettere le orine) la dieresi già incominciata si sia fatta completa.

Il Dott. Schwartz fa seguire il suo caso interessante (al quale ho accennato dapprincipio) da brevi riflessioni, e fissa cioè tre punti salienti.

1° Difficoltà diagnostica sulla natura o piuttosto intorno la sede del tumore.

2° Efficacia della puntura preliminare qualche tempo prima dell'atto operativo.

3° Decorso senza inconvenienti verso la guarigione, malgrado le numerose aderenze della cisti, essendo condotto e mantenuto al di fuori il peduncolo.

Nell'osservazione dello Schwartz non si poteva certamente stabilire una diagnosi di sede del tumore, vale a dire i suoi rapporti così intimi con l'utero, perchè la neoformazione, in apparenza era completamente indipendente. Infatti i movimenti impressi alla cisti, non venivano trasmessi all'utero e conseguentemente al dito esploratore. Nel caso mio invece lo spostamento, del quale era suscettibile la cisti, veniva trasmesso alla matrice, inducendo cioè nella stessa lievi movimenti di lateralità e di sopra e sottopulsione. I movimenti impressi all'utero

dallo spostamento del tumore erano infatti lievi, in causa delle intime aderenze della cisti alla parete addominale anteriore sulla linea mediana; per il che lo spostamento del tumore dovea effettuarsi nella zona posteriore dello stesso, ove non esistevano che lasse briglie intestinali.

La trasmissione del movimento mi ha fatto pur pensare ai rapporti del tumore con l'utero, ma non sapeva però in quale estensione; nè ho supposto, a dir vero, che la cisti avesse il suo punto di partenza dall' utero stesso. Il sondaggio non mi ha offerto alcun criterio diagnostico, cioè non una posizione affatto anormale dell'utero, nè ingrandimento della sua cavità. Anche coll' esame esterno non avea rilevata alcuna mancanza di uniformità nella forma del ventre; nè mi venne dato riscontrare qualche punto duro, resistente da poter stabilire doversi trattare d'uno spostamento anteriore mediano o laterale dell'utero, il che m'avrebbe condotto a differente giudizio diagnostico, come ho fatto in altri due casi di cisti del parovario da me operati.

La trasmissione adunque del movimento al collo dell'utero nei casi di grossi tumori cistici, mentre può farci stabilire l' esistenza di rapporti fra l'utero ed il tumore, non ci permette però di fissare la sede precisa dell' aderenza, e molto meno di prèsumere la natura della neoformazione.

Passando ora alla questione di stabilire l' efficacia della puntura preliminare, io non vorrò discutere sulla opportunità della stessa, sia come mezzo diagnostico, o preparatorio all' atto operativo, sia sulla inocuità o meno della stessa, sia infine sul sito da preferirsi pel tragitto del trequarti esploratore; nel caso mio non la stimai necessaria, non essendovi da parte della operanda condizioni speciali relative allo stato generale che richiedessero questo mezzo palliativo. D'altro canto dovea approffittare della pausa intermestruale, e provvedere infine con una certa sollecitudine all' atto operativo, che così era il desiderio della paziente e dei suoi parenti.

Nell'osservazione dello Schwartz la puntura preliminare era richiesta dai disturbi di respiro e digestivi, e col diminuire il volume della cisti, la paziente risentì notevole sollievo delle sue sofferenze.

In via ordinaria abbenchè non si possa escludere la possibilità di qualche sinistra insorgenza susseguente alla puntura preliminare, tuttavia la si ritiene generalmente inocua, e spesso utilmente impiegata.

Il Terrier riassumendo le idee sulla puntura esplorativa, di Stilling, che la considera come *un crime*, e del *Duplay* che ritiene l'astensione come *un faute grave,* esclama: *Il faut, se garder des jamais et des toujours, dans une science d'observation comme la médicine ou la chirurgie.*

Relativamente poi al trattamento del peduncolo, che, come scrive lo Schwartz ancora presentemente è all'ordine del giorno, ho già detto quale sia la condotta

generalmente ammessa in casi consimili, ed ho giustificata la mia nel caso in questione. Devo aggiungere del resto che in una donna da me operata per cisti del legamento largo, con fitte aderenze all'utero, passai senz'altro all'amputazione sopravaginale, trattando il peduncolo col metodo intraperitoneale. L'esito fu completo.

Mi permetto infine di togliere dall'autorevole rappresentante dell'anatomia patologica le idee più accreditate che si hanno relativamente alla patogenesi dei cisto-miomi dell'utero.

Il Virchow. (*La patologie des tumeurs*. Tomo 3°, lez. 23, pag. 309) tratta diffusamente, e dapprima in via generica, dei miomi levicellulari e della loro trasformazione cistoide; parla di poi in modo speciale dei tumori fibro-plastici, e del rammollimento cistoide dei miomi uterini. Chi volesse prendere conoscenza dettagliata dell'argomento potrà leggere con gran vantaggio un centinaio circa di pagine alla indicazione da me sopra citata.

Io mi limiterò qui a riassumere alcuni punti principali d'anatomia patologica sopra siffatte produzioni, notando sin d'ora, che quanto riferisce il Virchow non si riflette in tutto il caso di miomi cistici dallo Schwartz e da me osservati, almeno in quanto concerne la sede di dette neoformazioni.

Il Virchow infatti parlando dei miomi levicellulari così si esprime: « si pro-« ducono dei punti molli che danno origine ad una massa liquida e si forma « così una specie di trasformazione cistoide » e più oltre (pag. 312). « Qualche « volta il mioma forma un vero tumore composto; noterò sopratutto la sua « combinazione col sarcoma, col cancro e colle cisti. Queste ultime sono in ge-« nerale facile a riconoscersi ou tant qu'on ne cherche à les distinguer que des « miomes ramollis en forme de kystes.

« Sotto il nome di tumori fibro-cistici si sono da alcuni confuse le due forme. « Le vere cisti sono cavità a pareti lisce con una membrana propria; il ram-« mollimento cistoide dei miomi da origine a delle cavità a pareti irregolari più « o meno villose senza membrana cistica propria. »

Successivamente il Virchow passa a considerare (pagina 389) « la modalità « particolare e rara nello stesso tempo, dei miomi, in cui una parte del tumore « si trasforma in cisti; e per conseguenza risulta dal mioma una cisti della pa-« rete uterina o mioma cistico (1). »

Questa ultima forma speciale di tumori, che chiameremo miomi o fibro-miomi cistici intraparietali, e che furono spesso confusi con tumori ovarici per

---

(1) Virchow (loc. c. pag. 391). « Questi tumori cistici che appartengono ai tumori più grossi, « sono relativamente rari, e sono più frequenti alla faccia posteriore ».

la loro grandezza, pei loro rapporti, ed anche per la qualità del loro contenuto, non si riferiscono propriamente al tumore da me osservato e dallo Schwartz, inquantochè nel caso mio e nell' altro, il tumor cistico era aderente al fondo dell' utero per un grosso peduncolo ove le fibre muscolari si continuavano con quelle del tessuto uterino. Si dovea trattare quindi d'una trasformazione cistoide d'un mioma sotto-peritoneale (peduncolato) anzichè d'un mioma interstiziale, nel qual ultimo caso il tumore avrebbe dovuto probabilmente esser sessile, vale a dire con larga base inserirsi fra le pareti dell' utero, ove cioè era la sede del mioma che subì in seguito la trasformazione cistica. Se la metamorfosi cistoide affetta un mioma intraparietale, in tal caso il suo sviluppo si fa di preferenza verso il peritoneo, anzi che dalla parte della mucosa, e la trasformazione cistica affetta anch'essa di preferenza la parte periferica. Ecco il motivo perchè possono esser scambiati con le cisti ovariche e come tali punte od escise, ma rimane però sempre il fatto che mancano di peduncolo.

Per siffatti tumori cistici *qualunque sia il loro modo d'impianto, o diremo meglio il sito preciso da dove cominciarono a trasformarsi* è adunque importante il notare, ch'essi furono spesso confusi con tumori ovarici anche dopo la loro puntura, perchè appunto il liquido evacuato si mostrava incoloro o leggermente paglierino, aquoso o filante, simile il più spesso alla sinovia. Questa forma venne più volte descritta dagli autori inglesi. Il liquido, al dire di Virchow (1) « trovasi raccolto abbondantemente in saccoccie situate nella parete stessa uterina, « e che rappresentano talvolta una grande cavità, ed altre volte un gran numero « di piccole cavità. Queste cavità (loc. c. pag. 390) senza membrana propria sono « circoscritte da fasci trabecolari di tessuto muscolare ipertrofico in forma di « lassa rete. La parete somiglia allora come l'avea rimarcato Dupuytren, a quella « delle cavità del cuore; essa è percorsa da trabecole che talvolta la attraversano « liberamente. In quest'ultimo caso si osserva chiaramente la tumefazione fusi- « forme dei fasci muscolari. Questa circostanza basta già da sola a far conchiu- « dere *che non si tratta di una vera produzione cistica, ma invece di una « metamorfosi cistoide in un tumore anteriormente solido* (2) ».

Potrei riferire in argomento altre nozioni d' anatomia patologica ed altri esempi del Cruveilhier, del Förster, Sangalli, Rokitanschy, Huguier, ecc., ma per

---

(1) Quanto riferisce il Virchow per la trasformazione cistoide dei miomi intramaturali, è applicabile anche a quelli sottoperitoneali (peduncolati).

(2) Virchow (loc. c. pag. 391) « La gravidanza ed il parto sembrano esercitare una grandis- « sima influenza sul modo di sviluppo di questi tumori, e riferisce un caso di Hecker di una donna « che avea molti tumori fibroidi uterini, uno dei quali cistico, la quale ad ogni mestruazione soffriva « forti dolori, e che morì in seguito allo sgravo.

amor di brevità mi limiterò ad accennare soltanto, che il Förster ammettendo l'estrema rarità delle cisti nel parenchima uterino ne distingue di due specie cioè *sierose e dermoidee;* le prime fanno prominenza per lo più nella cavità addominale, le altre in quella dell'utero.

Premessi questi fatti, e riportandomi al caso mio dove l' esame del tumore diede i risultati macro-microscopici che ho più sopra menzionati, parmi doverne inferire: *che nel tumore da me asportato trattavasi appunto di un fibro-leio mioma cistico dell'utero: e la trasformazione cistoide avvenne nel tumore miofibroso già esistente ed impiantato con grosso peduncolo nello strato superficiale del parenchima uterino.*

Istituto Ostetrico di Vercelli

Prof. CHIARLEONI

Stitichezza ostinata in gravidanza — Vomito incoercibile — Provocazione del parto — Specialissima evoluzione spontanea.

NOTA CLINICA

del Dott. GUGLIELMO DONZELLINI

MEDICO-ASSISTENTE

Crediamo non privo d'interesse pratico il comunicare la storia di un caso di vomito così detto incoercibile, e richiamare l'attenzione sulla etiologia di esso, come sulla evoluzione podalica spontanea di un feto settimestre in presentazione di testa flessa. E questa comunicazione facciamo oggi tanto più volontieri, in quanto serve di conferma a studi recenti.

Il 14 marzo 1885 viene accolta nel nostro Istituto, num. d'ordine 395, una donna dell'età di 27 anni, attendente a casa. La prima mestruazione avvenne a 11 anni; si ripetè due volte per sospendersi durante 5 mesi e ricomparire quindi continuando regolare per periodo, durata (3 giorni), quantità e qualità, ma sempre accompagnata da dolori piuttosto forti. Maritatasi a 16 anni circa, ha avuto precedentemente alla attuale, 5 gravidanze, trascorse senza particolari degni di nota, condotte a termine con parti regolari di feti vivi in presentazione di vertice e seguiti da puerperi fisiologici. Allattò tutti i bambini per 16-18 mesi per ciascheduno. Rimasta incinta per la 6ª volta, è stata benissimo pei primi 3 mesi; in principio del 4° talora, non sempre, ma subito dopo il pasto aveva vomito di porzione delle sostanze ingerite.

Dalla metà di febbraio a quella di marzo il vomito delle materie ingerite

siano esse solide o liquide, è continuo, ostinato. Per intanto noi in questo frattempo abbiamo occasione di vedere la paziente e precisamente il 28 di febbraio. — Essa è assai denutrita e invoca il nostro soccorso. Durante le gravidanze abitualmente stiptica, in questa la stipsi è esagerata, ed ora da 15 giorni non ha avuto benefizi. La mancanza assoluta della defecazione viene a coincidere perfettamente collo stabilirsi del vomito ostinato, insistente. Esaminata la donna, oltre ai segni di una gravidanza a 6 mesi e mezzo, viene riscontrato il crasso — dal cieco al retto — essere del tutto ripieno e disteso da masse fecali dure, rotondeggianti e disposte a guisa di corona di rosario. Il fatto è sì appariscente che si nota anche a distanza. Si sospetta che data la coincidenza sicura della mancanza della defecazione collo stabilirsi del vomito incoercibile, siano i due fatti collegati fra loro, come causa ad effetto; si spera di vincere il vomito vuotando con acconcia cura l'intestino. Dopo avere ottenuto quest'ultimo risultato il vomito persistette.

Al momento dell'ingresso nella Maternità (14 marzo) lo stato generale della donna è assai grave; il deperimento è massimo, come estrema è la prostrazione delle forze; l'alito è fetentissimo e la mucosa della cavità boccale, della lingua e delle tonsille si trova coperta di abbondante vegetazione di mughetto. Il vomito sempre più insistente.

La gravidanza è pervenuta agli ultimi giorni del 7° mese; feto vivo, in presentazione cefalica. Però al riscontro digito-vaginale si apprezzava che la piccola testa del feto, la quale in parte pescava nello scavo, era contenuta pressochè eeclusivamente nel segmento anteriore dell'utero. Per conseguenza il collo uterino lo si raggiungeva in addietro verso la sinfisi sacro-iliaca sinistra.

Le condizioni allarmanti della donna fanno ostacolo ad esperimentare una completa e complessa terapia prima di venire a decisioni più radicali; onde dopo l'uso interno di etere etilico e dopo embroccazioni epigastriche col medesimo, viene deciso il parto prematuro provocato col metodo di Krause. — Questa infatti ci pareva la via più spiccia e più sicura; e d'altra parte l'età del feto non poteva trattenere; anzi vi era tutta la speranza che anche il feto sopravvivesse.

Senza che fosse stato possibile per la ristrettezza del tempo far precedere alcune doccie calde sull'orificio dell'utero, alle ore 3 pom. del 17 marzo sulla guida delle dita indice e medio di sinistra, introdotte in vagina, viene immessa a permanenza nel cavo uterino una candelletta elastica inglese, cava, senza pertugi, rammollita convenientemente, nuova e resa asettica dopo averla tenuta in una soluzione di bicloruro di mercurio al 0,50 °/₀₀. — L'immissione della candelletta si fa colla massima dolcezza, ma insieme si compie con facilità e rapidità; e, soltanto durante il percorrere di essa lungo la parete postero-interna,

dette origine a lieve gemizio di sangue, certamente per piccolo dlstacco della placenta. Ma intanto tutta la candelletta elastica può penetrare nel cavo uterino, e col suo estremo inferiore è in corrispondenza del collo dell'utero. Non si mantiene in sito mediante alcun apparecchio. La donna frattanto è tuttora in preda al vomito infrenabile. La temperatura che nei tre giorni di degenza della donna nella Maternità, aveva oscillato fra 36° e 36.7 si mantenne a 36,1 la sera del 17 marzo e la respirazione come il circolo si mantenevano nei limiti tenuti fino allora (P. 74-80; R. 16-20). La mattina del 18 marzo a ore 9, cioè 18 ore dopo l'introduzione della candelletta elastica, incomincia il travaglio di parto. La candelletta viene remossa alle 3 pom. di questo stesso giorno, vale a dire dopo 24 ore. Durante il periodo dilatante

T. 36,4 — P. 82 — R. 16.

Alle 7 pom. rottura spontanea del sacco; dopo di che all'esame digitale si trova una dilatazione di 4-5 cent. dell'orificio, tuttora volto assai in addietro ed elevato alquanto di più della sporgenza massima del segmento anteriore sospinto in basso dalla testa flessa che in esso è contenuta. Con questi rapporti fra segmento inferiore, orificio e parte presentata si continua il travaglio fino all'inizio del periodo di espulsione. Tutto procedendo normalmente in apparenza si attende; ma esaminando al momento in cui la parte che si avanza e preme sui piani perineali, si trova con molta sorpresa l'ovoide podalico disceso in totalità al davanti della testa e in presentazione del podice appunto si disimpegna. Il periodo espulsivo aveva durato 30 minuti. Il feto di sesso femminile, vivo e vivace, pesa gr. 1150, e raggomitolato su sè stesso misura una lunghezza di cent. 11.

Esso in corrispondenza del parietale sinistro presenta assai manifestamente il tumore di parto.

Dal vertice all'ombellico	cent.	19
Dall'ombellico ai talloni	»	17
Lunghezza totale	»	36
Diametro mento occipitale . . .	cent.	9.5
» occipito-frontale . . .	»	9
» sottocipito-bregmatico.	»	7
» biparietale-anatomico .	»	7
» biparietale-ostetrico. .	»	6.5
» trachelo-bregmatico . .	»	6.5

Diametro bimastoideo	cent.	5
» mento-frontale	»	6
» bisacromiale	»	8
» sterno-dorsale	»	5
» bitrocanterico	»	6
» sacro-pubico	»	4

15 minuti dopo: secondamento con espulsione di annessi interi e normali. — Subito dopo il parto:

T. 36,2 — P. 88 — R. 16

Ma la interruzione della gravidanza non allieva le sofferenze della donna: il vomito continua colla stessa intensità e collo stesso carattere di prima, tanto che la nutrizione si fa per la via rettale. La mucosa della bocca e della lingua è tutta depitelizzata. Le materie vomitate e le fecali sono sempre accompagnate da gran quantità di filamenti di *oidium albicans*. Questa circostanza ci forniva una nuova indicazione curativa; alla quale si soddisfece colla amministrazione di zolfo insieme a borato di soda in un eccipiente di miele rosato. Con tale mistura facendo, frequentissime volte lungo la giornata, delle pennellature in tutto il cavo orale, e invitando a bella posta la donna a trangugiare parte del liquido impiegato, si potè dentro due giorni prima diminuire, poi arrestare il vomito. Solo rimase poi la necessità di lasciare il tempo alle mucose bucco-stomacale di rivestirsi di epitelio normale. Il che mediante una cura blanda con decozione di orzo, con piccole dosi di bismuto e altri alcalini si ottenne con una certa facilità e abbastanza rapidamente. La donna infatti, rimessa nelle sue condizioni generali, potè lasciare l'Istituto il 28 marzo, cioè dopo 10 giorni dal parto.

L'etiologia del vomito incoercibile è tuttora oscura e considerazioni teoretiche e osservazioni cliniche valgono tutt'altro che a confortarci in una opinione determinata. Si insegna che il vomito incoercibile possa dipendere da un'azione riflessa esercitata dall'utero gestante sullo stomaco (Schröeder, Tyler Smith, ecc.); o da deviazioni dell'utero, versione e flessione, pella irritazione nervosa che si partirebbe dai punti ai quali corrisponde la sede della versione o della flessione medesima (Bretonneau, Graily-Hewit); oppure da ulcerazioni del collo e più spesso dalle affezioni parenchimatose uterine (Bennett e Horwitz); oppure dalla distensione della tunica peritoneale per l'aumento progressivo del volume dell'utero; oppure da uno stato dispeptico, inseparabile dallo stato di gravidanza (Sevens); oppure dalla albuminuria (teoria contraddetta da Cazeaux e Tarnier).

Senza avere la pretesa di avere enunciati tutti gli stati degli organi muliebri che a loro volta furono creduti capaci di determinare i vomiti incoercibili; pure si può senz'altro mostrare come molte siano le cause e nella loro moltiplicità come il pratico trovi sempre di che essere perplesso. Merita dunque che si seguano con tutta l'attenzione i vari casi di vomito incoercibile.

Già Guéniot fin dal 1863 aveva fatto osservare come in donna gestante poteva aversi il vomito incoercibile per un disturbo materiale o anche semplicemente funzionale dello stomaco, e per malattia di organi più o meno distanti dallo stomaco stesso. Di più Cazeaux, anche incoraggiato da osservazioni di Fougeux, lamentava che, come fattore etiologico, non si tenesse in quel conto che merita la ostinata stitichezza delle ammalate (1). D'altra parte il considerare che molti vomiti incoercibili non si dileguarono dopo l'interruzione della gravidanza, doveva avere già fatto persuasi gli studiosi come, almeno in alcuni casi, mancasse fra questa e vomito un rapporto assoluto. Ultimamente in un interessante articolo Charpentier (2) pone in sodo che non sempre bisogna attribuire i vomiti incoercibili alla sola gravidanza; ma che, molto più spesso di quello che non si creda, si debba ricercare un altro fattore eziologico all'infuori della gestazione. La nostra osservazione clinica conferma pienamente questi riflessi e per ciò che si può aggiungere alla classe delle osservazioni citate da Charpentier, acquista quella importanza che da sola non potrebbe meritare in una questione sì controversa.

Nel caso nostro la stitichezza fattasi ostinata nel corso della gravidanza, in seguito alla sua durata il crasso viene disteso e ripieno completamente da materie fecali abbondanti sì da fare appariscenza anche ad una superficiale osservazione. Nè si voglia attenuare o distruggere l'importanza della stitichezza come fattore eziologico del vomito incoercibile, dicendo che la remozione delle materie fecali raccolte nel crasso era stata completamente inutile nella cura di quello; perchè già in questo mentre erano entrate in giuoco altre alterazioni nel tubo gastro-enterico e tali da dare sviluppo all'*oidium albicans*. Il quale colle sue vegetazioni invadeva la mucosa della bocca, della lingua, delle tonsille, della faringe, dell'esofago, e certo anche dello stomaco e dello intestino, se a ciò almeno dobbiamo essere autorizzati dalla presenza dell'*oidium* nelle materie vomitate e in quelle emesse colle feci. Lo sviluppo infatti di questa vegetazione crittogamica sulla mucosa di porzione o di tutto il tratto gastro-

---

(1) E il Chiarleoni nel rendiconto del servizio ostetrico di S. Corona riportava un caso di vomito incoercibile in donna gravida dipendente da carcinoma del piloro.

(2) Charpentier. *Contribution a l'étude des vomissements incoercibles de la grossesse. Archiv. de Tocologie, Maladies des femmes et des enfants nouveau-nés.* Juin, 1885, pag. 498.

enterico, ci rappresenta un elemento importante da considerare sia come conseguenza di uno stato marasmatico piuttosto grave, di modifiche anatomiche e funzionali nell'apparato digerente; sia come fattore valevole di per sè a mantenere ed esagerare l'abnorme funzionalità degli organi della digestione. Di più non è fuor di luogo rammentare la maggiore gravità che il mughetto ha negli adulti in confronto di quanto accade nei bambini; e come in quelli sempre rappresenti un'importanza ben superiore (West).

D'altra parte il difetto di una migliorìa nelle condizioni della donna dopo la provocazione e l'espletazione del parto prematuro, e insieme la graduale diminuzione del vomito fino a completa scomparsa in seguito a cura di solfo e borace diretta contro le vegetazioni del mughetto ci dimostrano la mancanza, nel fattispecie, di un rapporto fra gravidanza e vomito incoercibile, e il legame invece di questo con una ostinata stitichezza prima e poi collo sviluppo del mughetto insieme alla comparsa di modifiche funzionali e materiali del tubo gastro-intestinale. Che il vomito incoercibile delle gravide sia legato a modificazioni tutt'altro che dovute alla gestazione ha un valore pratico non comune e ci invita a riflettere assai seriamente sulla ricerca che della etiologia di esso deve istituirsi in ogni caso, per esperire adatta cura e per risparmiare così il sacrificio che molto spesso siamo costretti a fare del feto. Ora che è richiamata maggiormente l'attenzione su questo punto, è da nutrire fiducia che le osservazioni degli ostetrici si moltiplicheranno.

E per noi non vi ha dubbio che taluna volta al sagace pratico verrà fatto, applicando una terapia causale e non sintomatica, di arrestare il vomito senza ricorrere alla provocazione del parto prematuro. Con questo nostro convincimento siamo d'avviso che sarebbe stato più dimostrativo per il lettore quando si avesse potuto da noi instituire la cura della stipsi nei primi tempi della sua comparsa; e non già quando, per la diuturnità della medesima, erano insorte alterazioni anatomiche del tratto digerente tali da potere di per sè stesse non solo spiegare, ma pur anche mantenere aggravando i disturbi funzionali.

A questo punto metteremmo fine alle considerazioni sul caso nostro, quando il medesimo non si prestasse ad una illustrazione intorno alla evoluzione podalica spontanea a testa già contenuta nella escavazione. Il valore di questa evoluzione se da una parte può sembrare poco o nulla, vista la piccolezza del feto, però mette in chiaro un momento eziologico di essa che ci sembra importantissimo. E prima di entrare a spiegare il nostro fatto ricorderemo che il Lazarewitch in un suo recente lavoro (1) ha preso ad illustrare le possibili

(1) Lazarewitch. *Comunicazione al Congresso di Copenaghen e Annales de Gynécologie et d'Ostetrique.* Juillet 1885.

conseguenze, per riguardo anche al meccanismo del parto, dovute alle deviazioni laterali dell'utero; mettendo in sodo che si può lamentare una estrema lentezza nella dilatazione dell'orificio uterino, non che la dilatazione a forma di sacco del segmento antero-inferiore nelle retro-posizioni e di quella postero-inferiore nelle antiposizioni e del segmento laterale della parte opposta alla deviazione nelle latero-posizioni della matrice. Parlando delle conseguenze, mostra il massimo pericolo che vi ha di una rottura dei margini dell'orificio interno, assicurando che in certi casi nei quali l'orificio uncinato per uno dei suoi margini non può ricondursi nell' asse del bacino, cioè nella direzione delle forze, necessiti in conseguenza un'applicazione di forcipe preceduta o no da istero-stomatotomia. Nel nostro caso una deviazione all'indietro e in alto del collo uterino ci fornisce una nuova possibile conseguenza da aggiungersi a quelle ricordate dall'A. citato. Ci sia permesso, ritornando sul nostro caso, di stabilire i seguenti punti:

1) Il segmento antero-inferiore dell'utero abbassato fin quasi presso il piano perineale fa da saccoccia alla parte presentata che è il vertice. Diciamo vertice non solo perchè di esso si è potuto fare la diagnosi nel corso del parto, ma benanche per ciò che il feto espulso presentava manifestissimo un tumore di parto sul parietale di sinistra (1).

2) L'orificio volto posteriormente e in alto e rimanendo in questa direzione permanentemente.

Dati questi due elementi di fatto con tutta facilità noi possiamo spiegarci l'effetto ultimo della avvenuta evoluzione podalica; e invero basta che noi teniamo nel voluto conto la direzione della forza espulsiva. Questa infatti essendo presso a poco secondo l'asse del bacino e l' orificio uterino trovandosi al di dietro di quest'asse, la risultante delle contrazioni uterine doveva cadere sulla testa e spingere questa di contro il segmento antero-inferiore fino a rimanervi come incappucciata. Ma dall'altro lato non potendo la testa, spinta e stretta sul segmento inferiore-anteriore stesso portarsi fino in basso per dato e fatto della forza espulsiva, questa doveva scindersi e ritornare su sè stessa facendosi o più presto o più tardi sentire sul tronco il quale, a poco a poco obbligato a flettersi sul suo piano laterale sinistro, finiva per abbassare l'ovoide podalico. Questo poi andato nella sua progressione di contro alla sinfisi sacro-iliaca di sini-

---

(1) Il tumore di parto era così palese da non lasciare adito al dubbio di un errore di apprezzamento. Come poi questo tumore si sia potuto fare, tenendo conto del come il vertice era quasi insaccato nel segmento antero-inferiore uterino, non sapremmo dire. Insistiamo però nel dare il fatto come certo, lasciando ad altri di spiegarlo.

stra, poteva presto in virtù delle energiche contrazioni passare nella escavazione, dove venendo a trovarsi proprio dirimpetto all'orificio doveva, come infatti avvenne, attraversarlo e indi uscire, primo dai genitali esterni.

Abbiamo creduto di applicare il termine di *evoluzione spontanea* a questo eccezionale modo di svolgersi del feto in totalità dentro la pelvi, non già perchè abbia nulla di comune colla spontanea evoluzione nelle presentazioni del piano laterale; ma perchè non ci si parava dinanzi termine migliore. Del resto poi non sapremmo per verità concedere molto valore a questo fatto; essendochè, per le speciali condizioni di sviluppo, il feto non poteva, qualunque fosse stato l'atteggiamento da esso assunto, incontrare alcuna difficoltà nel suo passaggio attraverso la pelvi, che era normale. Per converso, come più sopra abbiamo accennato, amiamo ritenere come un fatto degno di nota la abnorme direzione dell'orificio uterino, che permise al segmento antero-inferiore dell'utero di foggiarsi a sacco. Certo è che codeste condizioni, in caso di gravidanza più inoltrata e perciò di feto più sviluppato, avrebbero potuto costituire un caso di distocia, con conseguenze più o meno notevoli, semprechè, uncinandolo, non fosse stato possibile ricondurre l'orificio sul centro e quindi fare risalire il segmento antero-inferiore ai lati e al disopra della parte presentata.

DI UN NUOVO PROCESSO DI DECOLLAZIONE FETALE

E

DI UN NUOVO STRUMEMTO PER ESEGUIRLA

del Dottor **VITTORIO FRASCANI**

già assistente alla Clinica Ostetrico-Ginecologica di Firenze

Aiuto alla Clinica Ostetrica di Pisa

Uno dei processi operativi che da qualche tempo si impiega a sostituire il rivolgimento divenuto impossibile o pericoloso è la decollazione detta anche *decapitazione* o *derotomia*, nomi tutti che implicano la definizione di tale atto operativo. Tale operazione fu praticata la prima volta da Celso, medico romano, che pare abbia vissuto nel secolo di Augusto, che si serviva di un uncino tagliente nella sua concavità, e nel suo libro de *De Remediis*, si trova scritto: « Quando il feto presenta i piedi non è difficile estrarlo, e afferrandolo con le « mani per queste parti, lo si tira facilmente, ma se è situato strasversalmente « nell'utero e che non si possa raddrizzarlo, bisogna applicare l'uncino sopra l'a- « scella e tirarlo poco a poco. Così operando il collo si ripiega ordinariamente « e la testa si riporta indietro. In tale caso, bisogna separare la testa dal resto « del corpo per poterli estrarre l'uno dopo l'altro, servendosi per questo di un « uncino simile al primo con la differenza che la parte ricurva è tutta tagliente « al di dentro. Si estrae la testa prima, e il resto del corpo dopo, perchè se si « cominciasse dall'estrarre il tronco, la testa cadrebbe al fondo dell'utero donde « non potrebbe ritirarsi che con un pericolo estremo. Quando tale incidente si « verifica, si stende sul ventre della donna un panno raddoppiato, un uomo vi- « goroso ed intelligente si situa a sinistra applicando sul ventre della donna le « mani, e appoggiandole l'una sull'altra, spinge verso l'orifizio dell'utero la testa « che il chirurgo afferra con l'uncino, come abbiamo detto più sopra. Talora « l'uscita del feto incontra altre difficoltà che non permettono di estrarlo intero « ed allora si è costretti di estrarlo a pezzi (1).

---

(1) Celso. *De Remediis*. Libro VII, Cap. XXIX.

L'uncino tagliente fu lo strumento impiegato per tale operazione, finchè fu consigliato di servirsi delle cesoie colle quali Smellie Asdrubali e Dubois praticarono la derotomia e la volgarizzarono. Nell'opera del primo infatti, a proposito della presentazione della spalla, si trova scritto quanto segue:

« Lorsque l'apaule se présente e que le bras est replié en double dans le « vagin, il faut les repousser tous le deux; mais s'il n'y a pas moyen d'en venir « à bout, e que la main trouve quelque obstacle à rentrér, il faut dégager le « bras et le tenir d'une main, pendant que l'on introduit l'autre; alors on tra- « vaille à repousser l'épaule, et à mesure que l'on retourne l'enfant et que l'on « fait descendre les pieds, il arrive pour l'ordinaire, que le bras rentre dans la « matrice. Mais si par hafard le bras qui est au passage était si gonflé qu'il ne « fût pas possible d'introduire la main de maniere à pouvoir retournér et dé- « livrer l'enfant, il faudrait nécessairement l'émporter dans son articulation avec « l'épaule, s'il etait descendu assez pour avoir la liberté de le faire, ou dans « l'articulation du coude s'il n'y avait pais moyen d'atteindre plus haut. Si ce « membre était beaucoup mortifié, on pourrait le tordre, autrement on peut le « couper avec des ciseaux.

« Lorsque par imprudence, par ignorance ou faute d'experience, on attire « l'épaule de façon à l'engager dan le vagin, dans l'espérance de délibrer de « cette manière, et même que l'on en voit une partie au-dehors de l'orifice « externe, il faut employer beaucoup de force pour faire rentrer cette portion « dans la matrice; parce qu'alors, l'épaule une partie des côtes, la poitrine et « le côté sont déja sortis de la matrice, et que l'on est obligé de la dilater non « seulement assez pour les recevoir de nouveau; mais encore pour permettre « l'introduction de la main et du bras de l'Accoucheur. Lorsque l'on ne peut « pas venir a bout de faire une dilation suffisante, il faut glisser ses doigts « jusqu'au col de l'enfant et avec des ciseaux détacher la tête de dessus les « épaules; on commence ensuite par delivrer la tête ainsi séparée, ou bien on « tire sur les bras pour avoir les corps; un si le cas le demande, ou se fert d'un « crochet; et aprésavoir délivré le corps, on procéde à l'extraction de la tête. (1). »

L'Asdrubali parlando della condotta che deve tener l'ostetrico quando nella presentazione trasversa il braccio sino alla spalla è pervenuto fuori dei genitali esterni in modo che parte del collo e del petto del feto si trovano ad occupare l'escavazione della pelvi, si esprime così:

« L'ostetrico già a colpo d'occhio conosce che il rivolgimento non può e

---

(1) Smellie. *Traitè de la theorie et pratique des accouchements.* Trad. de l'Anglois de M. S., D. M. par M. de Preville — Tomo I, Libro III P. 369.

« non deve aver luogo, ma che a questo fa di mestieri, sostituire un'altra ope-
« razione. La più sicura, nonchè pronta è la decollazione del feto, la quale si
« eseguisce senza strapazzo alcuno della penante donna. Ad ottenere questo in-
« tento importa avvicinare una mano al collo del feto medesimo, già enorme-
« mente pressato, e coll'altra, armata di cesoia ostetrica si divideranno, l'inte-
« gumenti, quindi i muscoli e poi la spina cervicale. Ceduta che questa sia,
« ricomincierassi vedere l'avanzamento del feto, e qualche volta, come io ho
« osservato discendere il medesimo in un istante per l'estremità inferiori spinte
« energicamente dall'utero. Quando un tal fenomeno non avvenga, si proseguirà
« a disunire con la cesoia il collo, e preso il braccio, tirerassi fuori il feto (1). »

Anche oggi i casi, in cui il rivolgimento è controindicato, si ricorre ad essa, e si può dire che quando il collo del feto è abbastanza accessibile agli strumenti, è l'operazione la più facile e la più sicura.

Per eseguire vantaggiosamente la decollazione occorreranno condizioni peculiari, fra le quali: 1° che l'orifizio uterino sia assai dilatato da lasciare il passaggio agli istrumenti; 2° che il bacino, permetta il passaggio alla mano armata, ed al feto, benchè mutilato, abbia cioè almeno cinque centimetri nel suo diametro massimo. Altre condizioni poi che non permettano l'esecuzione di tale atto operativo, dipendono dal modo con cui si è avanzata la presentazione e dalla posizione presa dal feto rispetto al bacino.

Così per esempio tutti sono d'accordo nell'ammettere che le decollazioni a dorso posteriore sono di gran lunga più facili di quelle a dorso anteriore, ossia in ordine di difficoltà, qui accade il contrario che per il rivolgimento. E ciò perchè nelle prime, il collo del feto è più alla portata delle mani e degli istrumenti, inflettendosi il tronco sul piano laterale, opposto a quello della spalla, la quale si presenta che scende in basso finchè il collo lo permette, mentre l'occipite rimane al disopra dello stretto superiore, in corrispondenza della sinfisi sacra-iliaca. Nelle seconde al contrario (dorso anteriore), il collo si trova in alto, e la parte che si può attaccare con più facilità e che incontriamo la prima, è la regione ascellare, essendosi la spalla fissata sotto l'arco del pube. Quindi tale operazione che non offre grandi difficoltà, nelle posizioni dorso-posteriori, le può offrire invece nel dorso anteriore e qualche volta, anche essere impossibile se il collo e la testa da un lato e il petto e il ventre dall'altro, si dispongono in modo da avere il loro asse longitudinale parallelo.

Per la decollazione vi sono moltissimi processi ed altrettanti gl'istrumenti

---

(1) *Trattato generale di ostetricia teoretica e pratica, di* F. Asdrubali. T. III § 424, pag 140. Roma 1812.

immaginati per praticarla; noi per comodo di descrizione adotteremo la classificazione fatta da altri e gli divideremo, in *embriotomi coltelli* e *uncini acuti taglienti*, in *embriotomi cesoie*, in *embriotomi seghe* ed in *embriotomi che agiscono comprimendo* e *lacerando.*

In un altro mio lavoro: *Sul governo del parto nella presentazione della spalla, quando il rivolgimento è divenuto impossibile o pericoloso e di un processo embriotomico nuovo per praticare la dieresi della colonna vertebrale,* alla descrizione minuta di ciascuna categoria di essi embriotomi, ho fatto seguire il processo operativo praticato con quello fra questi strumenti riputato il migliore, ma i confini ristretti di questa memoria non mi permettono tali dettagli e mi limiterò alla semplice enumerazione degli apparecchi proposti per la derotomia, anche per non tediare il lettore trattenendomi sopra argomenti a tutti ben noti.

Embriotomi coltelli. In questa classe metteremo tutti quelli strumenti la cui parte principale è costituita da una sola lama tagliente sieno questi bisturi o coltelli curvi in diverse maniere, oppure uncini taglienti. Così fra i primi citeremo soltanto come curiosità storiche gli strumenti immaginati da Stainen (1), da Busch juniore (2), la mibda di Albucasia (3) i suoi coltelli fatti a guisa di serpe (4) e quelli della stessa forma usati dal Pareo che si trovano descritti nella sua opera (5). Tali istrumenti che servivano per smembrare il feto e per sezionarlo oggi sono stati abbandonati per cui è inutile trattenervisi sopra come pure sul fetotomo di Rizzoli che è costituito da un lungo coltello smusso e tagliente nascosto in una guaina (6). Gli uncini taglienti che sono raffigurati nelle opere e nei cataloghi antichi sono molto curvi, hanno la punta e il tagliente non acutissimi ma un po' smussati per non ledere la mano e le dita del chirurgo che li guidava e li abbandonava soltanto dopo averli impiantati sopra una parte fetale (7). Francesco Ramsbotham (8) parla di un uncino con bordo concavo tagliente e con apice smusso e bottonato, fatto costruire da suo padre per eseguire le decollazione; tale strumento è stato ripetutamente applicato in

---

(1) Busch. *Atlante.* Berlino 1828, fig. 493.

(2) Busch. Idem, fig. 494.

(3) Albucasia. *Sua chirurgia.* Tradotta da Leclerc. Parigi 1861, fig. 111, 112.

(4) Busch. Loco citato, fig. 475.

(5) A. Pareo. *Edition Malgaigne.* Parigi 1840, Tavola II, libro 18, capitolo 33.

(6) *Bolettino delle Scienze Mediche,* 1852. Vedi Collezione delle *Memorie Chirurgiche ed Ostetriche* del Rrof. F. Rizzoli, pag. 480. Bologna, R. Tipografia 1869

(7) Perret. *Art du coutelier expert en instruments de chirurgie.* — Parigi 1852, Tavola 159. figura 1.

(8) Figura e descrizione. *In obstetric medicine and surgery.* Pag. 385, 5ª edizione. Londra 1877, per Francesco Ramsbotham.

Inghilterra specialmente da Barnes. Nell'opera del Prof. Balocchi trovo descritto un uncino che rassomiglia affatto a quelli di cui ho tenuto ultimamente parola ed è dallo Illustre ostetrico attribuito a Van Horne (1). A chi veramente esso appartiene? A questa stessa categoria possiamo asserire i coltelli embriotomi di Jacquemier costituiti da un uncino tagliente acuto e da uno smusso provvisti di una guaina, l'uncino del Simpson (2), il coltello ad embriotomia nascosto di Davis (3), il somatomo di Baudeloque nipote (4), il decapitatore di Concato (5) quello di Scanzoni (6) tutti strumenti assai complicati, che non hanno specialmente quest'ultimo date buone prove neppure sul cadere come attesta Aubenas nella sua traduzione del *trattato di Ostetricia* di Naegele e Grenser. Concludendo dirò che tali uncini e specialmente quelli taglienti ed acuti allo stesso tempo sono pericolosissimi per la madre e per l'operatore; meno pericolosi ma da adoperarsi con molta attenzione e più raramente che sarà possibile sono quelli taglienti nel lato concavo foggiati cioè come quello di Ramsbotam, strumenti tutti che oltre ad essere suscettibili del sopramentovato difetto, hanno quello capitale di non riuscire spesso a separare il collo del feto che alla sola condizione che l'operatore eserciti sopra di essi trazioni valentissime e ciò perchè applicati tali uncini a cavaliere del collo fetale è difficile imprimere loro movimenti di sega come occorre di fare perchè una lama qualunque tagli e volendo agire con violenza ci esponiamo a produrre gravi lesioni.

Poichè siamo a parlare di uncini dirò che anche il semplice uncino acuto è stato raccomandato se non come strumento atto a praticare specialmente la decollazione, almeno per la embriotomia sul tronco in genere. Il Cav. Prof. Domenico Chiara lo consiglia nella Embriotomia e nel suo importantissimo lavoro *Un vecchio istrumento della pratica ostetrica,* si esprime così: « Nelle con-
« tingenze pratiche della Ostetricia molte volte l'aspettazione non è concessa,
« nè possibile il soccorso dello specialista, e per siffatte contingenze, al medico,
« spesso isolato, della campagna, la mano ed il forcipe non bastano; il suo
« armamentario deve contenere uno strumento che gli dia modo di fare la em-
« briotomia nei casi più comuni ed urgenti, questo strumento non si vuole che
« sia il cranioclasta o il cefalatribo, o altro più complicato e costoso? Ebbene

---

(1) Balocchi. *Ostetricia per gli studenti di medicina e chirurgia.* Pag. 783.

(2) Simpson. *The obstetrix Memoirs and Contributions.* Edimburgo 1855, pag. 153.

(3) Atlante di Busch, fig. 486.

(4) Kiliam. *Armamentarium Lucinae.* Tavola 42, figure 4, 5, 6.

(5) Figura e descrizione nel *Wochenblatt der Zeischrift der* ecc., ecc. Vienna 1875, N. 3. Luigi Concato. *Uber ein neues geburtshilfliches instrument.*

(6) Figura e descrizione nel *Wuzburger medicanische Zeitschrift.* Dusburgo 1860, pag. 172.

« sia l'uncino; profondamente convinto del suo valore io lo raccomando dicendo « con il Giordano di Torino, un buon forcipe, un craniotomo e l'uncino, ecco « l'armamentario del pratico che non è alla direzione di una clinica, nella plu- « ralità delle contingenze basta (1). »

E il Prof. Mangiagalli dice: « Alle diverse specie di vertebrotomi preferisco « l'uncino acuto il quale contemporaneamente può portare la forza traente in « un punto meno eccentrico, può compiere la eviscerazione, può rompere la « colonna vertebrale e rende quindi inutile il passaggio dall'uno all'altro mezzo « una volta riuscito frustraneo quello esperito antecedentemente (2). »

Embriotomi cesoie. — Le cesoie delle quali si servivano prima e di cui ci serviamo anche oggi per eseguire la decollazione sono quelle dello Smellie, da non confondersi colle forbici craniotome del medesimo e quelle dell'Asdrubali che furono poi modificate da Dubois, da Pinard e da altri. In conclusione però esse altra cosa non sono che forbici lunghe, a tagliente breve, smusse, rette quelle dell'Asdrubali, leggermente curve sul piatto quelle di Dubois (3).

La decollazione eseguita con tali istrumenti ha dato buoni resultati specialmente quando è stata praticata di buon ora. Un rimprovero che si può farle è che essa richiede ordinariamente un certo tempo perchè non è facile con le cisoie tagliare le parti molli del collo e tanto meno le dure e spesso bisogna fare il possibiie d'introdurre la punta delle forbici fra due corpi vertebrali e cercare di lacerare il disco. È stato anche per questo consigliato di tributare la rachide col cefalotribo prima di applicare le forbiei ma ciò non facilita troppo il taglio. Le cisoie hanno dati buoni risultati nelle mani di Dubois e di Depaul, i quali hanno pubblicate molte osservazioni di embriotomie eseguite con questo metodo, ma se essi ed altri ostetrici che avevan destrezza e sicurezza di mano, hanno raggiunto bene il loro intento con questo strumento, non possiamo riprometterci gli stessi risultati quando esso sia maneggiato da pratici che non hanno molta abitudine di servirsene.

Per ovviare a questi inconvenienti inferibili alle forbici classiche per la derotomia, il Mattei inventò il suo endotomo, e il Lazzarevitch il suo embriotomo.

Il primo è costituito da una cisoia a lame resistenti, corte, taglienti e curve in dentro, d'estremità acute; i loro manichi sono lunghi ed incrociati come le pinzette da litotomia. Tale strumento è abbastanza lungo per esser portato a grande profondità. Il suo inventore dice in proposito, « Per dividere il collo, il « tronco o le membra, io non ho bisogno come è stato proposto, di una quan-

---

(1) Chiara. *Un vecchio istrumento della pratica ostetrica.* Pag. 15.

(2) Mangiagalli. *Il quinquennio 1875-79 nella Clinica Ostetrica di Milano.* Pag. 153.

(3) Dubois. *Embryotomie Dictionnaire de médecine.* Tom. XI, 1835.

« tità di strumenti più dannosi gli uni degli altri. Il mio endotomo mi permette « di fare queste operazioni nella maniera la più pronta e la più sicura. Esso « potrà anche servire a resezioni ossee o ad altre operazioni chirurgiche (1). » Noi pensiamo che l'endotomo di Mattei è inferiore alle forbici rette e curve per tagliare le parti molli e sarà solo più potente per sezionare la colonna vertebrale. Quanto all'embriotomo di Lazzarevitch che agisce tagliando i tessuti come farebbero le due morse di un grosso granchio e di cui si trova la descrizione dettagliata in moltissimi trattati di ostetricia è strumento tanto ingegnoso quanto complicato e quindi difficile a ripulirsi dopo essersene serviti ed a renderlo perfettamente asettico. Oltredichè la decollazione anche fatta con questo strumento richiede assai tempo. Il suo piccolo volume può renderlo utile ed applicabile in qualche caso speciale in cui il campo operativo sì angusto ad esempio nelle più pronunziate viziature pelviche nelle quali si potrebbe procedere con esso ad una vera dissezione intrauterina del feto (2).

Embriotomi seghe. — Sono chiamati così quegli strumenti che agiscono per movimenti di va e vieni impressi ad una sega o ad un corpo assai resistente e di superficie irregolare, da poter funzionare come una sega. Così le catene dello schiacciatore lineare, le funicelle di lino, di canape, di seta, di budello, ecc.

Un embriotomo che seziona assai bene il collo del feto, col quale siamo sicuri di rispettare i genitali dell'operanda e che agisce segando per mezzo di un sistema di lame è quello di Jacquemier inventato nel 1861 (3) da non confondersi con l'altro di cui abbiamo parlato a proposito degli uncini taglienti nella loro concavità. Nelle lezioni che il Prof. Tarnier ha fatto l'anno decorso alla facoltà di medicina, diceva essere tale strumento assai buono sia perchè riesce bene nell'intento per il quale è stato costruito, sia perchè garantisce le parti materne; però è assai costoso e complicato ed appunto perciò difficile ad essere reso perfettamente asettico. Certo è che esso a parte il caro prezzo e la sua complicatezza può rendere la decollazione assai facile e sicura nei casi in cui sia possibile l'applicazione di un uncino.

In tale categoria possiamo porre l'uncino sega di Van der Eecken (4) quello di Kilian (5), quello del Prof. Chiarleoni (6), quello di Mathieu, tutti destinati a portare una sega a catena o una funicella attorno al collo del feto.

---

(1) Mattei. *Mémoire sur de nouveaux instruments pour opérer l'embryotomie. Bulletin de l'Academie de médicine de Paris* 1864.

(2) Lazzarewitch. *Cours d'accouchements.* Charkow 1879, T. II.

(3) *Bulletin de l'Académie de médecine de Paris.* Pag. 157, 1861.

(4) Hyernaux. *Traité pratique de l'art des accouchements.* Bruxelles 1866.

(5) Kilian. *Armamentarium Lucinæ novum.* Tavola 43. Figura 1.

(6) *Enciclopedia medica Italiana.* Art. Embriotomia Chiarleoni Pag. 606.

Nel 1860 il Prof. Pajot fece conoscere il suo processo di decollazione per mezzo di una cordicella da frusta (sverzino), col quale disse si può operare la derotomia in meno di un minuto e senza pericolo di ledere gli organi materni. Però un processo simile era stato impiegato molti anni avanti dallo Svedese Heyerdal Faye e Hoffmann. Il primo di questi nel 1855, inventò uno strumento che si compone di un uncino cannulato che secondo Kidd (1) serve a portare una sega a catena o un filo metallico intorno al collo, secondo Anbenas (2) un cordone di canape o di seta.

Per il Braun poi sarebbe stato il Müster nell'anno 1825 che ebbe l'idea di sezionare il collo del feto per mezzo di un filo di metallo, di seta o di canape (3).

Certo è che tale processo si volgarizzò dopo che nel 1863 il clinico di Parigi pubblicò la sua memoria « *De la préséntation de l'épaule dans les retrecissements du bassin et d'un nouveau procédé d'embryotomie.* » La prima volta egli aggiunse all'uncino smusso del forcipe, una incavatura destinata a ricevere un filo al quale veniva attaccata una palla di piombo forata che per la sua forma e per il suo peso doveva portare l'estremo del laccio fino alla mano dell'operatore.

Più tardi sia per la difficoltà dell'applicazione dell'uncino del forcipe che è ad angolo retto, sia perchè spesso si attendeva inutilmente la caduta della palla, il Pajot costruì un uncino decollatore servendosi sempre del medesimo mezzo sezionante, ma portandolo al di sopra del collo con un apparecchio che rammenta la sonda di Belloc. La decollazione alla maniera del Pajot la si può fare solo in quei casi in cui è dato riportare un uncino sul collo. Ma vi sono altri inconvenienti; la funicella seziona bene la colonna vertebrale se cade sopra un disco intervertebrale, ma se cade sul corpo dell'osso, essa si lacera. Si è consigliato per ovviare a tale inconveniente di fare scorrere il filo man mano che si taglia per sezionare con sverzino sempre nuovo, ma il più spesso quando la cordicella incontra un corpo vertebrale lo divide con molta difficoltà. Tarnier dice che di tutti i mezzi adoperati per praticare la sezione del collo, il più sicuro e inoffensivo è la catena dello schiacciatore.

Perciò possiamo dire che il processo del Pajot è buono e alla portata anche dei pratici della campagna, ma non rare volte insufficiente per le ragioni anzi dette.

Altri apparecchi molto ingegnosi sono stati dagli ostetrici immaginati per portare i vari mezzi sezionanti, fili di canape, sega catena, schiacciatore lineare ecc. attorno il collo del feto, basti citare l'uncino smusso fatto costruire nel 1862 da Tarnier sul modello della sonda di Belloc destinato a portare in

---

(1) Kidd. *The Dublin Quartely Journal of medicine scence,* may 1871.

(2) Anbenas. Loc. citato Pag. 380.

(3) *Trattato di Ostetricia* del Braun tradotto dal Mayer. Napoli 1868.

sito la catena di uno schiacciatore lineare, quello del Prof. Belluzzi di Bologna (1), il processo di Kidd (2) che portava lo sverzino sul collo fetale per mezzo di un catetere elastico nel quale introduceva un mandrino solido o meglio una sonda uterina, l'uncino di Wasseige di Liegi da lui immaginato nel 1864, modificato poi nel 1869 da Stanesco (3), nel 1875 da Hyernaux e nel 1876 dallo stesso Wasseige (4).

Tutti questi strumenti differiscono solo sotto qualche punto di vista, ma in sostanza sono costituiti da un asta rigida nella cui spessezza è scavato un canale terminato con varie falangi in modo disposte che con un congegno speciale tale apparecchio che si introduce retto nei genitali, si può trasformare in un uncino ottuso incurvabile a volontà. Anche questi come l'uncino del Verardini (5) possono riuscire di una certa utilità, ma tutti i congegni che in essi si trovano, tutte le articolazioni che li costituiscono li rendono molto complicati, rimprovero del resto che può addebitarsi anche alla ingegnosa ghigliottina del Fornari (6).

In tesi generale oggi che abbiamo veduto come molti degli insuccessi avuti un tempo nelle operazioni ostetriche ed attribuiti a traumi o ad altri incidenti, dipendevano solo dal veleno portato alla partoriente, sia dalle mani dell'operatore, sia dai suoi strumenti, bandiremo dalla pratica tutti questi apparecchi complicati e preferiremo sempre quelli di cui la semplicità di costruzione permette di disinfettarli meglio che sia possibile.

Prima di finire, una parola sopra un uncino di Hubert di Lovanio tagliente nella sua parte concava come quello di Ramsbotham e terminato con una estremità rigonfiata e forata nella quale si fissa un filo con un nodo a rosetta, mentre il resto di detto filo è ricevuto in una doccia scavata sul lato dorsale dell'uncino. L'inventore attaccava il collo col tagliente e se trovava qualche difficoltà, tirando sul capo superiore del filo, nè contornava il collo e finiva la sezione del collo medesimo sia segandolo con lo stesso filo, il più spesso con la catena dello schiacciatore lineare dello Chassaignac, portato per mezzo della cordicella.

E così è detto tutto quello che di più importante si poteva dire circa gli

---

(1) Belluzzi. *Nuovo strumento per la decollazione e la detroncazione. Bullettino delle scienze mediche di Bologna,* dicembre 1867.

(2) Dublin. *Medical Journal.* Maggio 1871.

(3) Stanesco. *Thèse de Paris,* 1869.

(4) *Du crochet mousse articulé.* Wasseige 1876.

(5) F. Verardini. *Di un nuovo uncino ostetrico articolato e decollatore.* Bologna 1880.

(6 F. Fornari. *La ghigliottina ostetrica e l'uncino acuto nascosto. Indipendente di Torino* 1880.

embriotomi che agiscono segando, impiegati oggi da molti e preferiti agli uncini taglienti e alle varie specie di forbici. Quanto al mezzo sezionante si può dire che la sega a catena oggi è impiegata da pochissimi perchè non facile a maneggiarsi, spesso s' incastra nelle ossa e si rompe; non sempre rispetta le parti materne. Con la catena dello schiacciatore lineare si può bene praticare la decollazione alla condizione però che essa cada sopra un disco intervertebrale. I fili di ferro, di ottone, le corde di budello, presentano una superfice poco irregolare e non servono bene come mezzi sezionanti, mentre quelli di lino, di seta e di canape sono delle vere seghe e con essi, se specialmente si ha la fortuna di comprendere nell'ansa sezionante solo il collo, con le precauzioni sopra indicate si può praticare assai bene la decollazione.

Ma siccome il filo talora viene a disporsi in maniera da comprendere nella sua ansa anche una porzione di tronco, cosa del resto che talora, per i rapporti speciali presi dal feto, siamo costretti di fare espressamente, si è immaginata una funicella sega speciale con la quale si possono sezionare anche le ossa. Questo nuovo mezzo sezionante immaginato da Pierre Thomas (1) consiste sia in *sverzino*, sia in filo di ferro o di seta circondati sì gli uni che gli altri da un sottile filo di ferro disposto ad elice, lasciante un piccolo intervallo fra ogni giro in modo che il rilievo fatto da ciascuna spira sul filo di qualunque natura esso sia, agisce come i denti di una sega. Con questo mezzo l'inventore, e dirò subito che egli preferisce la *ficelle-scie* ossia il filo così detto sverzino, circondato da una spira di filo di ferro, racconta di aver sezionate delle ossa di adulto e con una certa facilità le braccia, le coscie, le scapole e le clavicole di feti, mentre anche le parti molli vengon divise come con un bistori. Tale funicella che si rompe molto difficilmente, la si può fabbricare anche quando il caso lo richiede, se siamo cioè colti alla sprovvista, e può esser condotta attorno al collo del feto con uno dei numerosi apparecchi di cui abbiamo parlato, ma P. Thomas ha inventato un istrumento speciale per separare con essa la colonna cervicale, strumento che si basa sopra una modificazione dell'uncino di Braun e che agisce come embriotomo segante e lacerante nello stesso tempo (2) composto di un uncino Braun terminante con un bottone feso e portante una scanalatura sul suo dorso in cui si fa scorrere la funicella sega. Tale modificazione mi sembra assai ingegnosa e tale apparecchio ha dati buoni resultati sperimentali; per quanto io mi sappia esso non è stato mai impiegato sulla donna ma credo

---

(1) Thomas. *Des Methodes, des Procedés, des appareils et des instruments employes pour pratiquer l'Embryotomie, dans les cas de présentation de l'épaule.* Paris 1879. pag. 95.

(2) P. Thomas. Loco citato, pag. 102, figura 12.

che debba essere di facile applicazione perchè, avendo la curva poco estesa dell'uncino Braun, è servibile anche in quei casi in cui un uncino ottuso comune non si può portare sul collo fetale; oltredichè la disposizione della funicella e la sua costituzione rendono assai agevole il portarla sul collo ed il sezionarla.

Anche Ribemant Dessaignes immaginò un apparecchio che rammenta molto il precedente e che tende al medesimo scopo.

Embriotomi che agiscono premendo e lacerando. — Venendo infine alla quarta categoria di embriotomi ossia a quelli che agiscono premendo e lacerando, merita di essere per il primo rammentato quello di Braun da tutti ben conosciuto e che applicato specialmente in Germania e anche da noi, è stato modificato dal Lazzati che volle rendere tale strumento atto ad effettuare non solo la sezione del collo, ma anche la evoluzione artificiale e strumentale, dal Prof. Tibone e poi dal Prof. Cuzzi che ridussero la concavità dell'uncino tagliente per qualche centimetro e dentata, modificazione che facilita molto la sezione del collo e risparmia assai fatica all'operatore. Esso riesce bene specialmente se il feto non è a termine e se è in stato d'incipiente macerazione, ma se esso è morto da poco, è tanto peggio se è vivo, è operazione lunga che stanca l'operatore prima di aver diviso le parti e lo costringe qualche volta a riposarsi o a far terminare ad altri l'atto operativo.

Il Prof. Massarenti raccomandò un processo che rammenta quello del Braun e invece di un uncino speciale si serviva di quello che si trova nel forcipe Pajot o di un uncino ottuso.

Tra i decollatori che agiscono comprimendo vanno posti quelli apparecchi che tendon a sezionare il collo del feto con un filo metallico, il più spesso di ferro o di acciaio stretto a mezzo di uno schiacciatore o di un serranodi. Così Barnes immaginò di portare un filo metallico solido sul collo del feto per mezzo di un tubo ricurvato ad uncino. Applicato il filo, ne riportava al di fuori le due estremità, ed attaccatele allo schiacciatore praticava la decapitazione. Un ostetrico di Bordeaux portato con un congegno speciale un filo di acciaio cotto attorno al collo del feto, lo sezionava stringendo l'ansa per mezzo di un serranodi.

La decollazione è stata anche praticata col forcipe sega di Van Huevel, impiegato più specialmente per la sezione del tronco; tale operazione pare sia riuscita tanto nell'un caso che nell'altro, ma questo, come ognun sa, non è strumento da applicarsi sul collo e sul torace del feto, bensì sulla testa, quindi il Prof. Tarnier partendo dal fatto che col forcipe sega si era potuto praticare la decollazione e la dieresi del tronco, fece costruire il suo embriotomo che può compiere al tempo stesso queste due operazioni. Tale strumento si compone:

1° di due branche, una anteriore ed una posteriore;

2° di due lamine conduttrici messe in movimento da una chiave dentata;

3° di una sega a catena.

Temo annoiare il lettore facendone la minuta descrizione, che si può trovare negli *Annali di Ginecologia*, Parigi 1877, Pag. 233. Questo embriotomo, diceva il suo inventore nelle lezioni alla Facoltà di Medicina, ha dati buoni resultati anche sulla donna, ed io non penso neppure a porre in dubbio quanto alla cattedra diceva l' illustre ostetrico, quel che però è certo si è che tale strumento nelle mani del Dottor Budin non ha dati resultati troppo soddisfacenti come si può rilevare da due osservazioni di applicazione di esso; la prima volta tagliò le coste, aprì il torace e l'addome ma non sezionò la colonna vertebrale, la seconda volta non fu possibile articolarlo.

Non è a mia saputa se, in ulteriori prove, altri operatori siano stati più fortunati dell'esimio ostetrico ultimo nominato, il quale non ostante tutto ciò, nei suoi corsi lodava e raccomandava l'embriotomo Tarnier.

In seguito tale embriotomo fu modificato e molto semplicizzato da Pierre Thomas che sostituì alla sega a catena la funicella speciale da lui immaginata ed arrivò così a costruire un apparecchio descritto dettagliatamente nel *Progrès Medical,* anno 1878, N. 35 migliore del precedente anche secondo il giudizio dello stesso Tarnier che a proposito di quest' ultimo embriotomo dice: « Tale « strumento costruito sul medesimo principio che il mio è certamente un pro- « gresso. È più semplice e sega d'alto in basso ciò che è migliore (1). »

Esso è stato ripetutamente applicato sul fantoccio di Budin e Pinard, ed è riuscito a sezionare il feto nelle varie posizioni della spalla, non solo nelle mani del suo inventore, e di abili ostetrici quali Budin e Pinard e di altri, ma anche in quelle degli allievi che sono addestrati nelle operazioni ostetriche alla scuola pratica della Facoltà di Parigi. Con essa si seziona tanto bene il tronco del feto quanto il collo, secondo che se ne giudica più facile l'applicazione su questa o su quella parte.

Anch'io mi sono studiato di far costruire uno strumento decollatore, ed ecco come n'ebbi l'idea, e su qual principio lo basai. Avendo un giorno avanti a me il piccolo cranioclaste di Simpson e il cadavere di un fetino, mi proposi il quesito se con questo strumento si poteva attaccare il collo fetale e praticarne la scontinuazione in quei casi nei quali essendo impossibile la versione, siamo costretti a girare in altra maniera l'ostacolo, ossia ricorrere alla decollazione. Per quanti tentativi io facessi mi accorsi che si potevano schiacciare i tessuti molli, fratturare le parti dure, ma anche con molte applicazioni, non si arrivava che con ripetute manovre pericolosissime per la gestante ad avere la scontinuazione del collo fetale.

---

(1) *Bulletin de la Société de Chirurgie*: Tarnier. Seduta del 21 agosto 1878.

Impossibile di ottenere l'intento desiderato con tale strumento, mi proposi di farne costruire uno che fosse composto di due branche come un cranioclaste, articolato, messo in azione per mezzo di una vite come quello di Braun, ma con branche foggiate in maniera da potere tagliare e lacerare allo stesso tempo. Il primo resultato de' miei studi fu un apparecchio di cui la branca anteriore era perfettamente identica a quella che trovasi attualmente nel mio decollatore ma la posteriore ne differiva perchè era quasi retta, non terminata in uncino e destinata solo ad essere applicata sulla parte posteriore del collo fetale fra essa e la faccia anteriore del sacro ed a servire soltanto come punto di resistenza ed appoggio alle parti che dovevano essere scontinuate.

Ma *provando e riprovando* mi accorsi che la regione afferrata dalle due branche di questa grossa forbice qualche volta in totalità sempre in parte sfuggiva all'apice di essa e quindi pensai bene di uncinare una delle branche e preferii farlo della posteriore. Siccome poi una piccola parte dei tessuti molli del lato superiore della cervice fetale ossia quello che era in rapporto con la porzione uncinata poteva sottrarsi alla sezione della lama anteriore, pensai di far rendere tagliente per l'estensione di un centimetro circa la parte orizzontale di tale porzione uncinata corrispondente al seno dell'angolo onde così si finisse di tagliare quello che di parti molli era stato risparmiato dal coltello anteriore. Tale porzione tagliente dell'uncino non è suscettibile di alcun rimprovero perchè quasi nascosta, nè si può dire che lederà i genitali materni nell'estrazione avvegnachè quando è chiuso lo strumento viene a mettersi in contatto e ad essere difesa dalla punta molto ottusa e bottonata della branca anteriore.

Il primo modello che feci costruire differisce dall' attuale perchè aveva l'articolazione verso il suo mezzo, ossia all' unione dei manici col resto delle branche; tale articolazione era fatta da un perno mobile a vite nella branca posteriore e da una tacca in quella anteriore. Oltrediche i manici erano diversi da quelli che attualmente e paragonabili ai manici del piccolo cefalotribo Guyon, con apparecchio di compressione fatto da una robusta vite che agiva non all'estremo inferiore ma verso il mezzo di essi presso a poco come nel cefalotribo ultimo rammentato modificato dal Prof. Chiara che aggiunse alla ceramaillere una vite compressiva.

Tale apparecchio che io avevo fatto costruire in tal guisa se era di facile applicazione come il presente non aveva però la potenza e ciò per la sua minor lunghezza, perchè l'articolazione era troppo in prossimità dei manici e perchè la vite compressiva agiva in un punto a questo troppo vicino.

Dopo aver dette così le varie modificazioni per le quali è passato il mio povero ferro eccomi ad esporre la configurazione, le proporzioni e il modo di funzionare di quello che attualmente propongo. Esso si compone di tre parti

distinte; di una branca anteriore, di una posteriore e di un apparecchio per la compressione costituita da una robusta vite. Preso nel suo insieme pesa grm. 730 ed ha una lunghezza di 36 cent. Tanto la branca posteriore che l'anteriore nulla offrono di sostanzialmente differente da quello che si trova nel cranioclaste di Braun, sia nell'articolazione che nella porzione di strumento che da questa va fino all' estremo inferiore, porzione che per comodo di descrizione chiameremo estragenitale che misura 23 cent. e che è tutto in metallo compresi i manici terminanti l' uno quello anteriore con un congegno semplicissimo costituito da un pivot che entra in adatta incavatura ellittica di un estremo della vite, l'altro, il posteriore, con due liste parallele che formano quasi una forca dove deve passare la vite e sul lato esterno della quale prenderà punto d' appoggio una madre vite in forma di ventaglio per fare ravvicinare gradatamente ed egualmente le 2 branche fra loro. L'originalità dello strumento trovasi nella sua porzione che diremo intragenitale, di cui la branca posteriore è formata da un mezzo cilindro lungo 8 centim., largo 16 mill. con parte convessa posteriore e destinata a mettersi in rapporto con la faccia concava del sacro e con faccia pianeggiante anteriore, che venuta in contatto diretto col collo fetale, lo fissa e serve

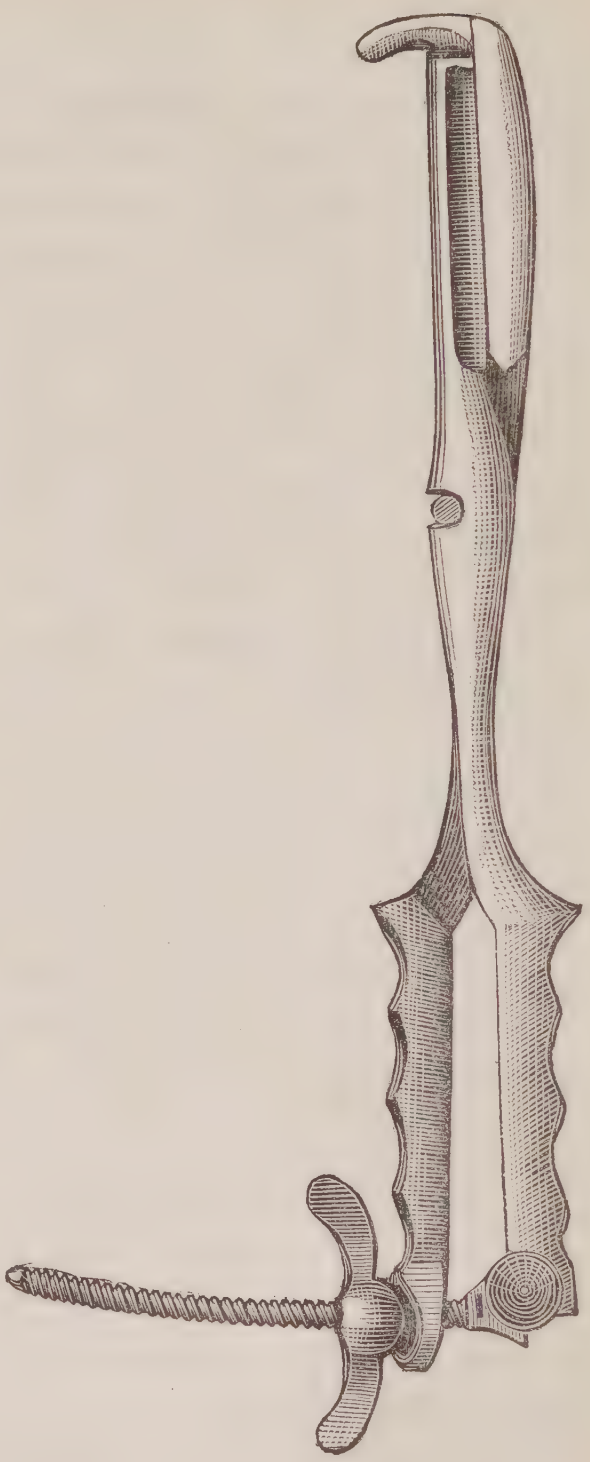


Fig. 1 (1).

(1) In questi ultimi giorni ho fatta aggiungere alla branca anteriore una guaina protettrice del coltello che ne rende scevra di pericoli l'applicazione, e non ne difficulta il modo di agire.

di punto d'appoggio alla lama tagliente dell' altra branca. La branca posteriore poi in alto si assottiglia, si ripiega ad angolo retto formando una specie di uncino ad L della quale la piccola porzione orizzontale che termina con un

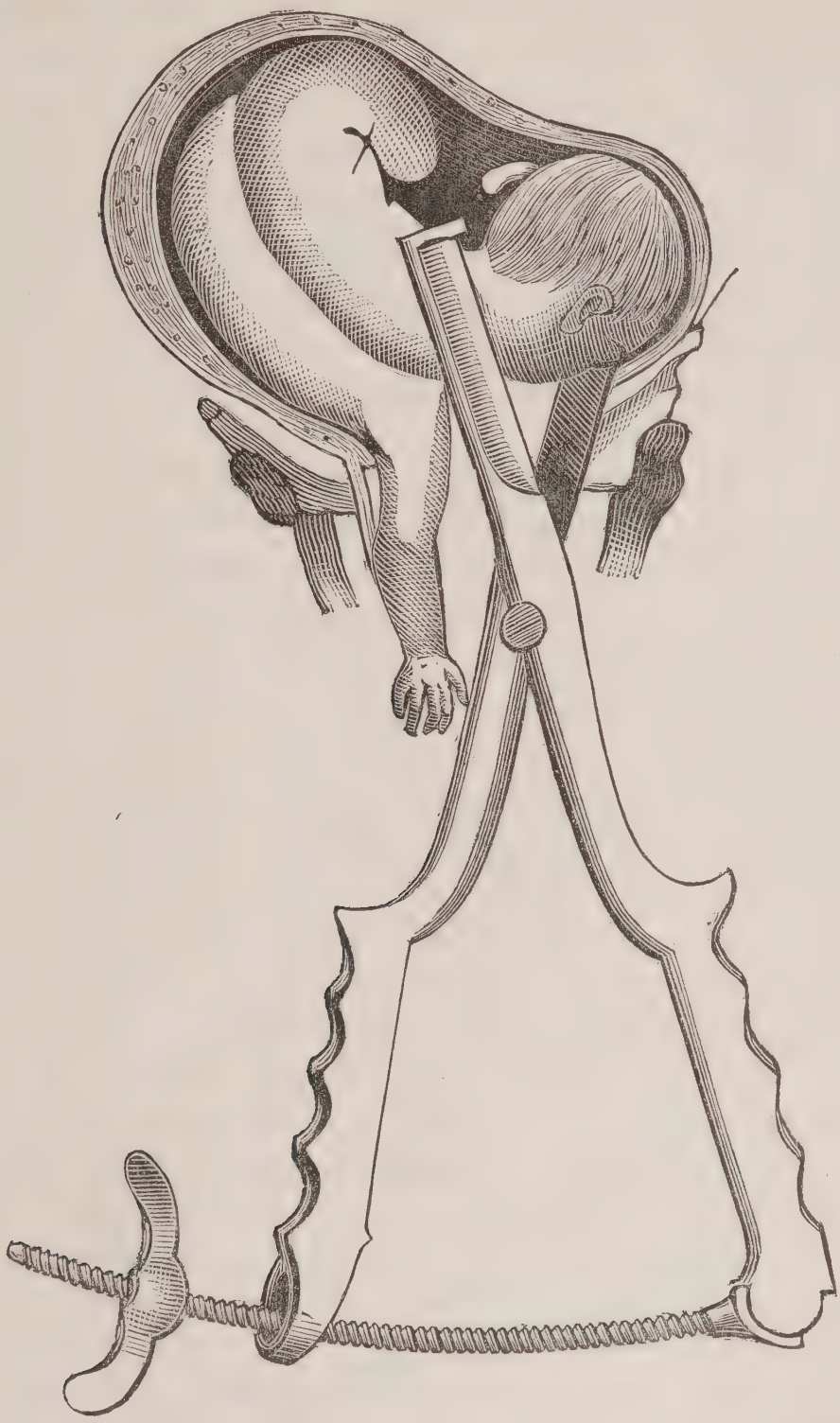


Fig. 2.

apice smusso e che misura soltanto tre cent. e mezzo, è tagliente per un cent. verso il seno dell'angolo rotondeggiante nel resto del suo margine inferiore e nel superiore.

La parte intragenitale della branca anteriore è costituita da un robusto coltello discretamente tagliente, bottonato al suo apice, lungo 8 cent., ossia quanto la faccia piana della sezione cilindrica sulla quale deve urtare. L'apparecchio a compressione è fatto da una robusta vite, con una madrevite a ventaglio come in alcuni cefalotribi e nel cranioclaste più volte rammentato. La parte tagliente del coltello è coperta da una guaina che sarà abbassata solo quando lo strumento sarà applicato ed articolato e che lo rende affatto inoffensivo.

L'operazione con esso eseguita consta di tre tempi.

1° Applicazione della branca posteriore e abbassamento del collo.

2° Applicazione della branca anteriore e articolazione di esse.

3° Sezione del collo del feto praticata girando la vite di pressione finchè una mancata resistenza ci dice che la dieresi del collo è compiuta. — Ecco il manuale operativo.

Quanto alla scelta della mano che deve guidare lo strumento nei genitali materni credo sarebbe bene di servirsi della mano destra quando la testa trovasi nella fossa iliaca sinistra, della mano sinistra quando essa trovasi a destra. Questo sarà messo in sodo da ulteriori esperimenti che spero potere con tal fine ripetere e sarà modificato forse a volontà degli operatori. Quanto a me tutte le volte che ho sperimentalmente applicato il mio decollatore ho abbassato il collo fetale e ho guidato lo strumento con la mano sinistra.

Introdotta la mano guidatrice nei genitali materni e disposta in modo che il pollice venga a collocarsi fra il collo del feto e la sinfisi del pube, e le altre dita tra il sacro e la faccia posteriore del collo, lo si abbassa moderatamente e sulla palma di questa mano s'introduce a piatto la branca posteriore imprimendole un movimento di mezzo cerchio sol quando si è portata ad una profondità conveniente e si giudichi che la parte uncinata ha sorpassato la faccia superiore del collo fetale. Allora sempre guidandosi sulle dita della mano direttrice si afferra col piccolo uncino il collo, vi si esercitano delle trazioni e abbassato quanto si crede necessario si consegna ad un assistente che deve, tirandovi sopra diligentemente, sorreggere la branca uncinata, intanto che l'operatore sulla guida del pollice introduce a piatto la branca anteriore ricoperta dalla guaina protettrice. Portatala ad un'altezza conveniente la si mette di coltello si articola, dopo di che la si pone in gioco la vite di pressione chiudendo moderatamente fino a fare delle due branche dello strumento e della parte afferrata come un pezzo solo. L'operatore allora, bene assicuratosi con la mano guidatrice che non abbandonerà mai l'embriotomo e, se occorre, con l'altra, che esso ha compreso fra le sue parti soltanto il collo fetale, denuda il coltello della guaina protettrice tenendo ben fisso lo strumento ne fa serrare adagio adagio la vite dall'assistente finchè le due branche saranno completamente ra-

vicinate e la marcata resistenza indicherà l'avvenuta scontinuazione del collo. Se per caso fosse rimasto qualche lacerto di pelle o di carne senza esser divisi, cosa del resto che non ha una seria importanza, la parte tagliente dell'uncino terminerà la sezione.

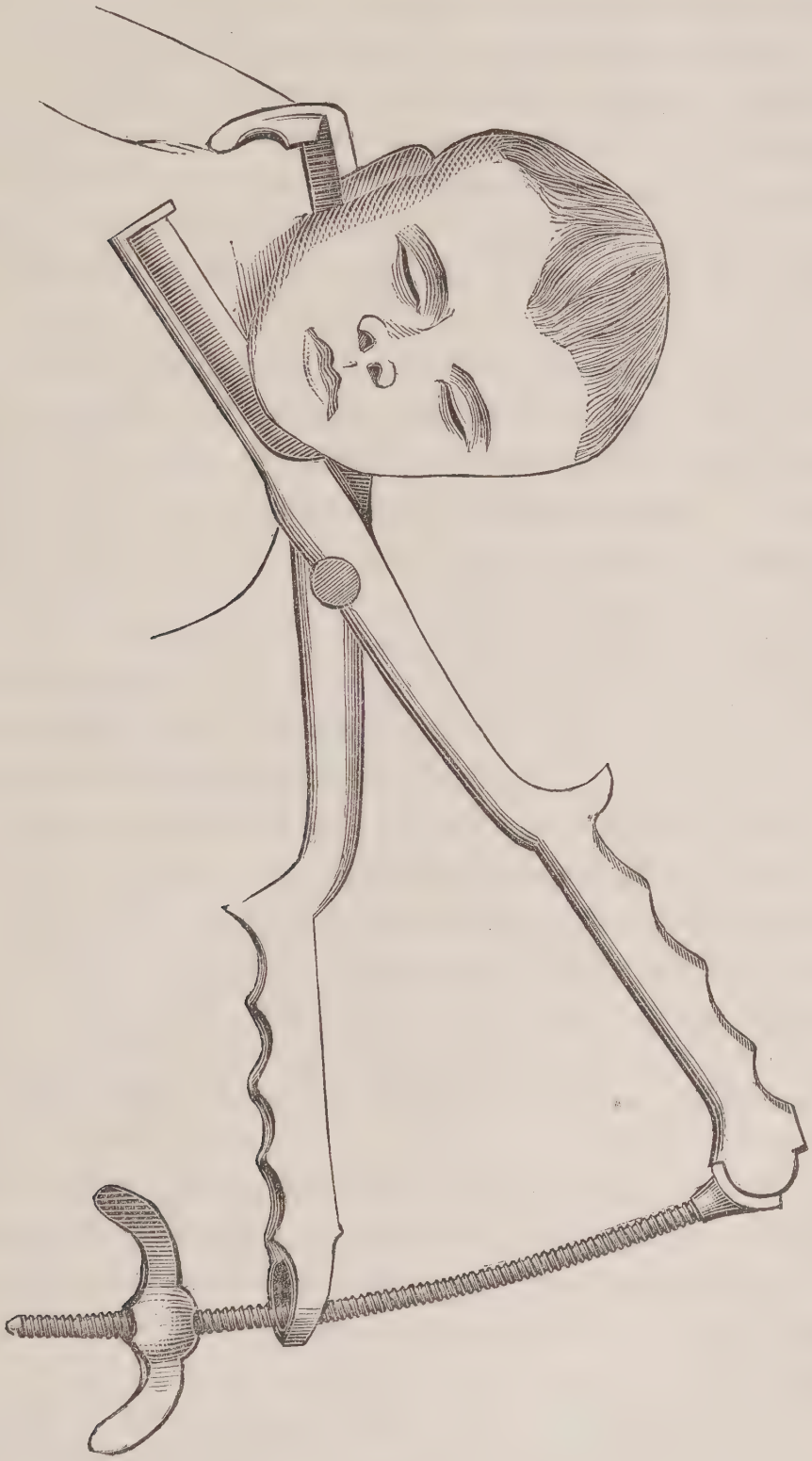


Fig. 3.

Il primo modello di tale strumento non avendo a mia disposizione cada-

verini di feti umani fui costretto di sperimentarlo con dei conigli e tali esperimenti si proponevano di risolvere due quesiti.

1° Se il coltello della branca anteriore agente per pressione e non per scorrimento poteva sezionare le parti molli e le dure della regione cervicale.

2° Se le parti costituenti lo strumento erano in modo costruite da potersi adattare alla escavazione pelvica ed essere applicate sulla parte da sezionarsi. Quest'ultimo compito era completamente eseguito dal mio strumento che veniva per la sua forma facilmente applicato attorno al collo di conigli situati trasversalmente, sia in un bacino schelettrizzato, sia in un *Mannequin*.

Però non era per intiero risoluto il primo quesito riuscendo l' apparecchio a scontinuare la colonna vertebrale ma non a sezionare nella sua totalità le parti molli.

Arrivato a Pisa, giacchè ne avevo l'agio, volli provare il mio decollatore sopra un feto umano molto voluminoso pesante oltre 4000 grammi disposto trasversalmente in un cadavere di donna vuotato dei visceri addominali ed intrapelvici. Anche in questo caso facile riuscì il portare in sito lo strumento ma non agevole separare il collo del feto di cui rimasero grandi e robusti lembi carnosi. Fu allora che pensai di modificare il mio decollatore facendone aumentare la lunghezza, riportando l'articolazione più in prossimità dell' estremo superiore e facendolo costruire in maniera che avesse un apparecchio compressore simile a quello del cranioclaste. Feci insomma costruire il decollatore quale è rappresentato dalla Fig. 1, e ne incaricai l'abilissimo fabbricante di strumenti chirurgici Norberto Iblherr di Firenze che pose molta attenzione nell' eseguire l'apparecchio conforme al mio nuovo modello. Con questi ho fatti vari esperimenti di decollazione che sono stati coronati da buono e pronto resultato.

Il giorno 27 gennaio 1886 disposto nel *Mannequin* di Budin e Pinard un cadaverino di un bambino di circa un mese, applicato con molta facilità in pochi secondi lo strumento ne praticai rapidissimamente la sezione della colonna vertebrale nella regione cervicale, estraendo poi le due parti fetali nel modo che tutti conoscono.

Il giorno 28 dello stesso mese l' illustre e gentile mio maestro Prof. Carlo Minati mi permetteva di ripetere l'esperienza in faccia alla scolaresca nell' ora della lezione e messo un fetino in presentazione della spalla sinistra dorso anteriore ottenni gli stessi identici risultati che sopra, senza incontrare il minimo inconveniente.

La facilità con la quale il mio embriotomo scontinuava la porzione cervicale della colonna vertebrale mi suggerì l' idea di provare se esso valeva a produrre gli stessi effetti portati sulle altre regioni di questa e specialmente sulla dorsale. In altri termini se con esso si poteva eseguire la spondilotomia

estra che intratoracica. L'esperienze seguenti dimostrarono che la mia idea non era priva di fondamento.

Infatti messo un fetino a termine nel solito *Mannequin* in presentazione della spalla sinistra dorso posteriore e introdotta la mano sinistra tra la region dorsale e la faceia anteriore del sacro, sul palmo di questa guidai la branca posteriore dello strumento introducendola assai facilmente fino a che l'uncino terminale si mise in rapporto col lato del torace opposto a quello della spalla presentata. Sul pollice della stessa mano che restava tra la regione sternale e la faccia posteriore della sinfisi pubica guidai la branca coltello e articolato lo strumento e messa in azione la vite compressiva praticai la quasi totale sezione del torace, compresovi il fusto vertebrale, a livello della quarta costa. Dico quasi totale perchè un lembo muscolo cutaneo largo quasi 4 cent. riuniva i due frammenti fetali. Ottenutane dopo ciò molto facilmente l'astrazione ed esaminato questo cadaverino constatai che il taglio del tronco fetale cominciante a livello sopra citato, dalla linea ascellare posteriore del lato opposto a quello che si presentava comprendeva la colonna vertebrale, i visceri e la cassa toracica, parti tutte sezionate molto nettamente ed arrivava fino alla linea mamillare opposto alla spalla presentata, risultando da ciò il lembo di cui abbiamo tenuta parola, che mi pare si potrebbe evitare modificando nella lunghezza la porzione intra-genitale del mio strumento, che ha attualmente dimensioni proporzionali a quelle del collo e non del tronco, se pure la formazione di tale lembo carnoso gli si voglia ascrivere a difetto. Un secondo esperimento lo feci mettendomi in condizioni differenti, simulando cioè una presentazione della spalla destra dorso-posteriore. Aperta la gabbia toracica con un paio di robuste cesoie, praticatane la eviscerazione applicai dopo il mio strumento con le solite regole, introducendo però come si può supporre, la branca anteriore per la breccia toracica e ponendola in immediato contatto della faccia anteriore dei corpi vertebrali che vennero con molta facilità in tal guisa separati.

Queste le poche prove sperimentali che ho potuto fare col mio embriotomo, prove sulle quali sarei più volte ritornato se avessi avuto a mia disposizione un maggior numero di cadaverini fetali. In ogni modo anche queste poche mi pare mi autorizzino a ritenere di aver risoluto il problema che mi ero proposto; se in seguito avrò l'opportunità di ritornare su questi esperimenti, e tanto più se il mio strumento otterrà la sanzione della clinica, mi auguro che anche altri vorranno almeno accordargli l'onore di qualche applicazione, il che oltre appagare il mio amor proprio potrà forse suggerire ad alcuno qualche razionale modificazione di tale embriotomo, allo scopo di poter avere come per le altre operazioni embriotomiche, così anche per la decollazione uno strumento speciale semplice applicabile in tutti i casi.

Sopra un caso di anemia cronica per ripetute metrorragie da polipo lipomatoso della parete antero inferiore dell'utero parzialmente estrinsecatosi in vagina. Concomitante fibroma sottoperitoneale. — Asportazione del polipo. Iniezioni ipodermiche di citrato di ferro.

Storia Clinica e considerazioni

DEL

Dottor G. CORDELLA

Il caso clinico, che forma l'oggetto della seguente narrazione, mi porge occasione a fare qualche breve considerazione sui mezzi terapeutici adoperati (specie le iniezioni di citrato di ferro), e che sono quelli posti in uso nell'Istituto Ostetrico-Ginecologico Fiorentino, alla cui direzione, come è noto, sta il Pro- Domenico Chiara.

Il 1° settembre 1885, venivo richiesto a prestare la mia opera presso la signora G.... B.... d'anni 39 coniugata, la quale già da tempo andava incontro a profuse metrorragie.

Dall'anamnesi non risulta nulla di speciale. Non soffrì mai tranne dell'attuale alcuna malattia di qualche entità. A 14 anni si iniziò la funzione catomeniale con un leggero senso di dolore e pesantezza alla pelvi, e da quest'epoca in poi si mantenne regolare pel periodo di ritorno, di durata (6–7 dì) per la qualità, e non per la quantità del sangue, che fu sempre piuttosto abbondante. Passata a marito a 16 anni rimase tosto incinta. La gravidanza fu buona, e condotta a termine partorì felicemente un bambino, che ebbe solo tre mesi di vita. A 18 anni rimase vedova. Ripassò a nuove nozze nel 1873 in età di 27 anni. Ingravidò tre volte, di cui l'ultima risale al 1881. Le gravidanze state tutte buone, ove se ne eccettui qualche lieve fenomeno simpatico giunsero a termine, e furono seguite da parti e puerperii fisiologici. I catameni fra un periodo gravidico e l'altro ripresero sempre il corso normale, che avevano mostrato in precedenza.

e ciò solo fino a 16 mesi fa, ossia fino al maggio 1884, data a cui l'ammalata fa risalire il principio delle sue attuali gravi sofferenze.

In tale epoca, e senza causa apprezzabile, la mestruazione comparve assai prima del giorno in cui secondo i calcoli della donna sarebbe dovuta giungere, e con tale insolita abbondanza, che all'ammalata parve cosa prudente stare in riposo nel letto.

A questa prima grave perdita di sangue cessata dopo parecchi giorni, altre ne seguirono più o meno corrispondenti alle epoche mestruali. A gradi gli intervalli divennero più brevi, s'affacciò un po' di leucorrea, l'ammalata perdè il conto del quando ebbe luogo l'ultima mestruazione, la perdita sanguigna divenne pressochè costante, prendendo un carattere allarmante per la quantità e per l'aggiunta di grossi coaguli, che venivano espulsi non senza dolore. Leucorrea, menorragie ed emorraggie esaurienti, a cui in quest'ultimo tempo s'erano uniti dei discreti dolori espulsivi, rappresentavano l'insieme delle sofferenze a cui per lungo tempo era andata incontro la signora G... C... Più volte aveva ricorso al consiglio di parecchi medici, i quali senza nessun esame locale dell'ammalata, si erano limitati a prescrivere delle lavature vaginali e qualche medicina per bocca. Ma non ottenendone, come era da aspettarsi, nessun vantaggio disperò di guarire e più volte invocò la morte anzichè vedersi così priva di forze lentamente perire dissanguata.

Avute codeste notizie anamnestiche esposi alla paziente ed al suo marito l'assoluta necessità di praticare un esame locale, onde rendermi ragione delle cause che sostenevano codeste metrorragie e stabilire un conveniente metodo di cura.

Donna codesta in precedenza molto robusta, oggi ridotta ad un forte grado di anemia e di debolezza per gli effetti delle progresse e tuttora presenti metrorragie, capì benissimo l'importanza dell'esame della località, e mercè anche l'intervento del marito, vinto quel po' di naturale ripugnanza, vi si sottomise.

Senz'altro indugiare, fatta mettere a letto l'ammalata dopo rapidissimo esame fisico generale passai all'esame degli organi genitali. — Trascrivo in breve il risultato di esso.

Stato presente. — Sviluppo scheletrico regolare. Pannicolo adiposo un po' scarso, discretamente conservato nella regione addominale. Colorito del volto pallido, e così pure sono le mucose congiuntivali e le labbiali. Organi toracici risultato negativo. L'addome pianeggiante conserva la sua forma esagonale: Vi si notano qua e là delle smagliature a fondo perlaceo da pregresse gravidanze. Alla palpazione è cedevole ed in ogni punto indolente. Immediatamente al disopra del pube infossando un po' profondamente le dita sentesi, sebbene in un modo non tanto netto per la presenza dell'adipe, un corpo duro indolente che ritenni esser l'utero leggermente ingrossato.

Gli organi genitali esterni normali di pluripara. Procedendo al riscontro digito-vaginale semplice e combinato, si rileva la vagina liscia, di calore normale ampia piuttosto lunga.

Parametri liberi ed indolenti. Utero in asse, un poco più pesante e grosso del normale mobile in tutti i sensi. Collo dell'utero pressochè interamente scomparso. Orificio dilatato quasi un 4 centimetri ed occupato da un corpo tondeggiante, leggermente scabro come rugoso, poco duro e resistente, indolente che sporgeva per un 2 centimetri in vagina.

Il sospetto natomi dopo sentita l' anamnesi, che si fosse cioè trattato di un polipo uterino, era ora divenuto certezza. Tanto per chiarire quanto di esso ne rimaneva ancora in cavità, da qual punto di questa sorgesse, se il peduncolo fosse più o meno grosso, ecc., cercai di spingere nella cavità uterina l' indice esploratore, e ciò ottenni eseguendo con questo delle leggere pressioni su un lato del tumore e nel contempo insinuandolo dolcemente fra esso e la porzione di collo rimasta; mentre la mano sinistra sita all' esterno e sull' ipogastrio premeva in basso l'utero.

Rilevai come l' estremità superiore del tumore terminava in un peduncolo assai corto, piuttosto grosso, ed inserito con una base abbastanza ampia al segmento antero-inferiore dell' utero. Passai quindi all' esame con lo speculum, fra le valve del quale comparve quel corpo tondeggiante, che si avvertiva coll'esplorazione digitale, avente nella porzione visibile di esso una superficie convessa, leggermente scabra e di un colore come rosso vinoso.

Quantunque la storia dell'ammalata ed alcuni dati già rilevati coll' esame non mi facessero sospettare la presenza d' una inversione cronica dell' utero, essendochè nell' immensa maggioranza dei casi trae questa origine dal parto, e quindi subito dopo di esso è che cominciano a verificarsene i sintomi: pur tuttavia essendo possibile trovarsi questo stato morboso dell' utero in connessione colla presenza d'un polipo (1), o per questo essere scambiato, come non rare volte accadde (2), prima di emettere la diagnosi, e per procedere in seguito all' atto operativo con maggior sicurtà, volli completare l' esame aggiungendo l' uso della sonda, colla quale potei, come ero prima riuscito a fare col dito, penetrare nella cavità uterina. Misurava questa 4 centimetri e mezzo. Dall'insieme dell' esame, coadiuvato di molto dal necessario reperto ottenuto con la sonda, posi la diagnosi di polipo fibroso, e ne proposi l' esportazione, che accettata fu decisa per l'indomani stantechè la perdita sanguigna perdurava.

---

(1) West. *Malattie delle donne.* Lez. XIII. Inversione dell'utero. pag. 228-240-241.
Graily Hewit. *Patologia, diagnosi e cura delle malattie delle donne.* Cap. XXX, pag. 344.
(2) West, pag. 238-239.

Difatti l'indomani 2 settembre procedei all'operazione.

Collocata l'ammalata nella posizione ostetrica comune sopra un tavolo fatto all' uopo preparare, feci tenere divaricata la vagina da due assistenti mediante due dilatatori. Fatta una irrigazione vaginale con soluzione tiepida di deutocloruro di mercurio al $^1/_2$ per $^0/_{000}$, fissai con un uncino il tumore nella sua estremità libera protendente in vagina, e mentre esercitavo delle trazioni in basso, cercai di afferrare il più in alto possibile il tumore per mezzo di una pinza di Museux, spingendo le branche di questo strumento fra il tumore stesso e la porzione di collo rimasta. Riuscito così nell' intento tolsi l' uncino, strinsi la pinza, e con questa, mentre un' assistente spingeva facendo pressione nell' ipogastrio il fondo dell'utero in basso, esercitai sul tumore delle trazioni leggere e continue imprimendogli contemporaneamente un movimento rotatorio sul suo asse longitudinale.

Dopo brevissimo tempo di queste manovre il tumore si distaccò senza traccia nessuna di peduncolo. Il sangue che sgorgava dall' utero era pochissimo. Fatta un'irrigazione vaginale tiepida con la solita soluzione di deutocloruro di mercurio al $^1/_2$ per $^0/_{000}$, introdussi nel collo due piccoli battufoli di cotone fenico imbevuti di percloruro di ferro e poscia spremuto, e quindi un'altro battufolo semplice in vagina, tolsi i dilatatori, pulii i genitali esterni, e l' ammalata fu posta nel letto. Subito dopo l'operazione pillola di un cent. d'oppio.

Nella sera è apiretica, lamenta un leggero dolore all'ipogastrio, che sparisce tosto fatto il cateterismo. Tolti i battufoli si fa un' irrigazione vaginale tiepida, altra pillola di 1 cent. d'oppio.

Settembre 3, ore 8 ant. temp. 37.4 p. 80. Notte precedente tranquilla. Ventre trattabile indolente; non ebbe nessuna defecazione, nessun scolo dei genitali.

Ore 6 p. temp. 37.8, polso 88. Ventre indolente, si nota nel pomeriggio qualche leggera macchia siero-sanguigna. Lavatura vaginale tiepida con soluzione di deutocloruro al $^1/_2$ $^0/_{000}$.

Continuando le condizioni a mantenersi buone, si alza in sesta giornata.

Per riparare agli effetti delle pregresse perdite sanguigne, le quali come s'intende benissimo aveano tratto seco uno stato di anemia cronica, cercai di stabilire una cura tonico-ricostituente costituita di decotto di china e ferro. Ma lo stomaco dell'ammalata reso intollerante quasi d'ogni cosa, rifiutò quest'ultimo medicamento sotto parecchie forme colle quali cercavo apprestarglielo. Tentai allora la cura ipodermica, ricorrendo cioè alle iniezioni (nella regione glutea) di citrato di ferro alla dose di 10 centigrammi in 1 grammo di acqua distillata di lauro ceraso, ponendo così in pratica il mezzo in questi casi seguito nell'Istituto Ostetrico Fiorentino.

Avrò campo in seguito di tornare su questo modo d amministrazione di

tale farmaco, per ora mi basta accennare come dopo 13 iniezioni, eseguite nel periodo di 7 giorni, l'ammalata solo all'ultime due iniezioni si lamentò di un leggero senso di addolenzimento alle natiche, ma a tal momento le condizioni generali e locali (stomaco) erano talmente migliorate, che sospesi le iniezioni e potei continuare la cura servendomi della via dello stomaco.

Il 2 ottobre, trenta giorni cioè dopo l'operazione, comparve la mestruazione, ed ordinai riposo a letto nella posizione orizzontale. Visto però che questo periodo mestruale tendeva a protrarsi più del solito (6-7 dì), e la quantità del sangue anzichè diminuire aumentava, nella sera del 7 ottobre mi limitai a prescrivere una pozione con due grammi di ergotina in soluzione, da consumarsi a riprese.

Ottobre 8. — La perdita sanguigna non essendosi che solo di poco modificata, mi decisi ad intervenire con mezzi più energici. Lavatura utero-vaginale con soluzione al deutocloruro di mercurio $^1/_2$ $^0/_{000}$. Quindi previa applicazione dello speculum Ferguson iniezione endouterina di due siringhe di Braun di tintura di iodo (soluzione officinale). Quasi tutto il liquido iniettato rigurgita al difuori, e viene raccolto su d'un piattino tenuto in vicinanza dell'estremità esterna dello speculum. Tampone semplice in vagina. Tolto lo speculum l'ammalata ritorna al letto. Accusa qualche leggero dolore alla regione uterina. Si prescrivono 2 centig. di estratto acquoso d'oppio in due pillole, da prendersene una subito e l'altra mezz'ora dopo la somministrazione della prima.

Sera, ore 6 p. — Il dolore scomparve poco tempo dopo la fatta iniezione. Verso le 5 $^1/_2$ ricomparve il sangue, che non essendo molto mi limito a fare il solo tamponamento vaginale. Vescica di ghiaccio sul ventre. Porzione con un grammo e $^1/_2$ di ergotina.

Ottobre 9. — Il sangue quantunque in poca quantità ha imbevuto tutto il tampone e continua ad uscire. Dubitando che questa emorragia fosse sostenuta dalla presenza di qualche altro polipo, che dopo l'esportazione del primo avesse trovato così luogo a svilupparsi meglio, cosa non infrequente ad incontrarsi, per assicurarmene, ricorsi alla dilatazione graduale del collo; e ciò, non solo come mezzo che mi facilitasse la introduzione del dito esploratore nell'utero, ma anche come espediente alcune volte opportuno a fare cessare l'emorragia.

Introdussi quindi un cilindro grosso di laminaria, che tolgo verso le 4 pom. Fatta generosa irrigazione vagino-uterina con la solita soluzione di bicloruro di mercurio al $^1/_2$ $^0/_{000}$, continuai nella dilatazione adoperando successivamente e poco per volta dei dilatatori di legno fatti all'uopo (secondo un modello tolto dall'I-

stituto Ostetrico di Firenze), fino a che riesco ad introdurne uno grosso avente 2 centimetri di diametro, e ciò non con molta difficoltà. La sonda misurava 7 centimetri e ½, nè urtava in nessun corpo che fosse più o meno pendente in cavità. Valendomi dell'esplorazione combinata cercai d'introdurre l'indice nell'utero lo che mi riuscì solo in parte, perchè, oltre la lunghezza della vagina, quest'organo era anche un po' stirato in alto, nè potei rilevare nulla che accennasse a polipo o fibroma sotto-mucoso. Solo lateralmente e a destra le pareti per una porzione sembrano aumentate di spessore.

Questo nuovo esame, fatto con più comodo di quello che non fosse la prima volta, perocchè l'ammalata s'era di già abituata, mi condusse a rilevare il seguente fatto: e cioè, che portato il dito esploratore sulla porzione antero-laterale destra del collo e spingendolo in su in questa direzione si sente al di là del fornice che il dito urta sopra un corpo duro resistente, del volume d'un grosso uovo di gallina, che sorge dalla parete antero-laterale destra dell'utero; nè la porzione di segmento inferiore di codesta intumescenza appare perfettamente liscia. La sonda penetrava benissimo, nè potea scambiarsi con un caso di antilatero versione destra. La diagnosi dapprima formulata veniva così a risultare più completa, perocchè alla presenza del polipo si associava quella d'un fibroma sotto-peritoneale; che ritenni solo in parte come causa protraente il periodo mestruale. Dico solo in parte perocchè è saputo che l'emorragia è minima nella forma sottoperitoneale.

Non volendo alle manovre fatte di dilatazione aggiungere un'altro certo grado di irritazione eseguendo una iniezione di tintura di iodio, ordinai la vescica di ghiaccio da tenersi sull'ipogastrio per tutta la notte.

Ottobre 10. — Nelle prime ore della notte antecedente ebbe qualche leggero dolore uterino. Solo verso le 7 ant. compare un po' di sangue. Verso le 9 ant. iniezione endouterina di tintura di iodio. Dolori nessuno. Verso le 8 pom. ricomincia un leggero stillicidio sanguigno.

Ottobre 11. — Alla visita del mattino quantunque in modica quantità pur continuando la perdita sanguigna, ripeto l'iniezione endouterina di tintura di iodio, che in gran parte rigurgita coll'orificio discretamente dilatato, tampone semplice in vagina.

Verso le 6 pom. l'ammalata accusa un po' di cefalea, però la temperatura è normale 37-7. Si toglie il battufolo stato messo alla medicazione della mattina. Dopo poco ricomincia a colare un po' di sangue sbiadito. Essendo l'alvo chiuso da parecchi dì, prescrivo per il domani mattina a digiuno 40 grammi di solfato di magnesia.

Ottobre 12. — Purgante nelle prime ore del mattino che agisce poco tempo dopo la sua somministrazione. Dà parecchie scariche di materie poltacee, miste a materie fecali indurite. Sangue nulla in tutta la giornata.

Ottobre 13. — Sangue nulla in tutta la giornata. Ciò che mi indusse a ritenere come l'eccessiva mestruazione era anche collegata in gran parte ad uno stato di costipazione intestinale.

Ottobre 14-15-16. — Sangue nulla.

» 17. — L'ammalata avverte che dalla vagina vengono fuori come pezzetti di membrane sanguigne nerastre (escare che si distaccano).

Ottobre 18-19. — Continua a stare bene. Caduta di escare cessata il 18.

» 21. — Si alza e continua a star bene.

» 31. — Ripraticando l'esame ebbi il seguente risultato:

Esame addominale. — Alla palpazione tutto l'ambito ipogastrico è indolente. Infossando le punte della mano destra immediatamente sul pube, si tocca l'utero leggermente ingrossato ed indolente.

Esame digito-vaginale ed esplorazione combinata. — Vagina di color normale, liscia, leggermente bagnata da un po' di scolo leucorroico, parametri liberi ed indolenti. Collo uterino di una lunghezza approssimativa di 2 centim. leggermente portato indietro ed a sinistra. Labbro posteriore un po' più corto dell'anteriore. Orifizio di forma trasversale permeabile. Utero un po' più pesante del normale, mobile in tutti i sensi. Sulla porzione antero laterale destra di quest'organo, al di là del fornice, il dito esploratore urta sopra un corpo duro resistente, che sorge da questa regione dell'utero. Ha il volume già notato.

La sonda penetra facilmente e misura 42 millimetri.

Il 6 novembre compare senza dolori la mestruazione. È piuttosto abbondante, ma la quantità viene compensata dalla durata, che si limitò solo a tre giorni, mentre abitualmente era di 6-7 giorni.

Esame del tumore asportato. — Ha forma tondeggiante. Privo affatto di peduncolo non presenta nessuna esulcerazione. Diametro trasverso di 4 centim. Diametro long. 3 centimetri $^1/_2$. Peso 28 grammi. La superficie esterna di esso ha poca vascolarità. Nella sua metà inferiore vedesi coperto di uno strato di grossa mucosa, di colore rossastro, facilmente distaccabile dalla sottostante guaina del tumore e presentante una superficie non liscia ma come rugosa. Sensazione che si percepiva coll'esame vaginale.

Aperto il tumore, appare costituito di una guaina esterna abbastanza sottile e il rimanente tutto da un'ammasso di tessuto adiposo. Ciò, all'incontro di quello che mi aspettavo. Perocchè coll' esame digitale in precedenza fatto, quantunque mi rimanesse qualche dubbio per la consistenza, tuttavia per la grandezza del tumore stesso, pel suo luogo di impianto, avevo creduto trattarsi di polipo fibroso, tenendo anche conto che questo è il neoplasma più frequente dell'utero.

Veniva così questa mia osservazione a presentare qualche interesse, poichè è questa una varietà di escrescenze uterine (polipo adiposo), che non si ha l'opportunità di spesso osservare e specie con quelle dimensioni e peso che nel mio caso notai.

Fra tutto l'abbondante materiale ginecologico che nell' Istituto Ostetrico Fiorentino si raccolse dagli ultimi febbraio 1885 alla metà agosto stesso anno, trovo nelle mie note soli segnati due casi di polipi uterini e questi fibrosi.

La diagnosi finale fu la suesposta.

La storia testè narrata, mi darebbe l' opportunità a discorrere dei diversi mezzi adoperati nella dilatazione della cervice uterina, nonchè dell'uso delle iniezioni endouterine di tintura di iodio nelle metrorragie da alcuni tuttodì rigettate, poichè tenute come capaci di infiammazioni e gravi coliche uterine. Per non abusare della ospitalità offertami in codesto giornale, dirò solo brevemente come nell' Istituto Ostetrico Ginecologico Fiorentino, nei casi in cui v' ha bisogno di dilatare la cervice uterina si fa ricorso spesso alla dilatazione lenta con la laminaria, e a seconda dello scopo che con codesta dilatazione si vuole raggiungere (ad es. introduzione del dito in cavità uterina) si prosegue nella dilatazione con degli appositi dilatatori di legno, aventi un diametro progressivamente crescente. Mezzi codesti che più facilmente soddisfano e garantiscono la sepsi, in confronto ai cilindretti di spugna preparata, quantunque alcuni come ad esempio in Inghilterra il Dott. Aveling e il Dott. Ellis abbiano cercato di ovviarvi, il primo spalmandoli con burro di cacao, ad ogni oncia del quale aggiunge 4 gr. di acido carbolico, il secondo proponendo di introdurre nei suoi canaletti interni circa 2 grani di polvere finissima di permanganato di potassa (Telt).

Relativamente alle sostanze per iniezione endouterina, si usano il percloruro di ferro, la tintura di iodio ed anche la soluzione di solfato di rame all'1 $^0/_{00}$. Più comunemente però si fa ricorso con profitto alla tintura di iodio, dal quale uso mai ho visto risultarne non solo una benchè minima infiammazione, ma nè anche dei forti dolori colici. Poche volte solo qualche leggero addolenzimento che presto spariva. Si aggiunga che mai, se il canale cervicale è pervio, si fanno delle aspirazioni per allontanare come si raccomanda da alcuni quel po' di liquido che può essere rimasto in cavità. Ad ogni modo, se qualche doloretto un po' marcato insorgesse si ripara con qualche preparato oppiato.

In questi giorni assistei ad una forte colica uterina prodottasi in una mia ammalata in seguito ad una irrigazione endouterina tiepida di bicloruro di mermurio al $^1/_2$ $^0/_{000}$. Cessò dopo 2 ore e mediante 30 goccie di laudano. Fatti questi dunque che non debbonsi addebitare alle sole iniezioni caustiche perocchè si vedono insorgere anche dopo l'uso della sola acqua.

Ed ora qualche parola sui reali vantaggi che l'ammalata in discorso trasse dall'uso delle iniezioni ipodermiche di citrato di ferro, che formano l'unico scopo della presente nota, portando così un modesto contributo alla benefica influenza di questo modo di somministrazione di tale farmaco, tanto più che è pratica non ancora generalizzata perchè controversa.

Più avanti ho detto come la signora G... C... a causa delle patite metrorragie era caduta in uno stato di tale generale deperimento che richiedeva assolutamente una pronta cura ricostituente. Come io la tentai somministrandole dei ferruginosi sotto varie forme, come questi non furono tollerati causa la dispepsia, per cui ebbi ricorso alle iniezioni di citrato di ferro. Questa pratica la appresi come pur anco è dichiarato nell' Istituto Ostetrico Fiorentino, ove la vidi mettere in opera con innegabile vantaggio in parecchie inferme affette da anemia cronica. Mai ebbi ad osservare nè ascessi, nè rialzi di temperatura, perocchè mi presi cura di consultare le rispettive cartelle cliniche.

Ho proceduto in questo bisogno, come precisamente si fa in detto Istituto, metodo che venne già indicato dallo stesso Prof. Chiara in una conferenza clinica, un sunto della quale venne redatto dal medico assistente il dottor A. Martinetti e pubblicato nel N. 1-2 degli *Annali di Ostetricia*, ecc. anno 1885.

Avrei desiderato eseguire in precedenza l'esame del sangue, per poi ripeterlo di nuovo, onde constatare il reale aumento avvenuto dei globuli rossi, ma la mancanza dei mezzi all'uopo me lo impedirono, ad ogni modo, dopo tredici iniezioni praticate a tutt' ago profondamente nei glutei nel periodo di sette giorni le condizioni dell'inferma, come notai in precedenza, migliorarono talmente che abbandonata questa via, proseguii servendomi di quella dello stomaco. Le iniezioni avevano già dato il loro tributo non arrecando nè aumento termico, nè ascesso.

Un rimprovero (ed io stesso l'ho inteso), che si fa da alcuni all'uso ipodermico delle iniezioni di citrato di ferro, è quella di produrre febbre ed ascessi, Come dissi, i casi da me osservati, e sono già parecchi, non hanno presentato questi inconvenienti: nè manco ebbe a lamentarsene il dottor Mori di Perugia che ultimamente ebbe a curare con questo metodo un'anemia profonda in gravidanza, la di cui storia clinica (1) presentò or non è molto alla Società d'Ostetricia-Ginecologia e Pediatria.

---

(1) Vedi rendiconto delle sedute della Società di Ostetricia e Ginecologia negli *Annali di Ostetricia*, ecc. N. 9-10, seduta 18 settembre, e storia clinica nello stesso giornale e N. pag. 433

Ma quali le divergenze di codesti risultati? È d'uopo osservare come, nè nei casi così trattati nell'Istituto Ostetrico Fiorentino, nè in quello del dottor Mori, nè nel mio, che seguimmo la stessa formola medicamentosa, luogo di iniezione, ecc., indicati dal Prof. Chiara, non si ebbero a lamentare questi inconvenienti; ond'è, a me pare, che probabilmente si verificherebbero solo da questo metodo allontanandosi.

Cioè a dire, a questo buon successo non vi potrebbe influire il luogo scelto ed il modo per fare la iniezione, nonchè il veicolo che tiene in soluzione il citrato di ferro, potendo essere capace di impedire i possibili fenomeni di irritazione locale? Chè se ciò non fosse, e dato che gli altri sperimentatori, abbiano seguito per tutto le stesse regole, soluzione , ecc., sarei tratto ad ammettere col Prof. Chiara, che la febbre osservata, sia una conseguenza di setticemia, avendo dritto a credere che o per parte della soluzione o dell'ago non fosse rigorosamente osservata la asepsi (1), » oppure che il numero delle iniezioni sia stato eccessivo. Noi solo ricorriamo a questa via per l'esistente atonia dello stomaco, questa vinta, le iniezioni avendo dato il loro tributo (Chiara) si devono abbandonare, e la cura deve continuarsi allora per la via gastro-enterica.

Generalmente pel miglioramento delle condizioni locali sono sufficienti forse non più di 15 iniezioni.

Ma pur ammettendo che una qualche volta possa verificarsi febbre ed ascesso, dovremo noi per ciò rigettare questo mezzo incontrastabilmente efficace, in dati casi speciali, in cui come ben dice il Prof. Chiara « il quesito » qual'è il modo migliore di amministrare il ferro può prendere una insolita gravissima importanza? A me pare di no, poichè di fronte ai beneficii ottenuti, questi effetti se pur accadessero sono da non tenersene cura. Sarebbe lo stesso che rinunciare alle vittorie ottenute sulle perniciose malariche delle iniezioni ipodermiche di bicloridrato di chinina, sol perchè queste possono talvolta originare l'ascesso.

Io credo che questi effetti si possono ovviare.

1. Seguendo il metodo usato dal Prof. Chiara;
2. Badando alla asepsi dell'ago e del liquido di iniezione;
3. Per evitare le due punture giornaliere, volendo, si può farne una sola, ma allora si dovrà iniettare contemporaneamente due siringhe di Pravatz (l'ho visto praticare dal dottor A. Martinetti, assistente nel suddetto Istituto);
4. In via preventiva, a scansare il pericolo del flemmone o della flogosi cutanea si potrebbe far uso del liquido di iniezione avendolo fatto prima intiepidire;

---

(1) Vedi rendiconto delle sedute della Società Italiana di Ostetricia, ecc. N. 9-10 degli *Annali di Ostetricia,* ecc. Adunanza 18 settembre pag. 418.

5. Migliorate le condizioni locali (stomaco) cessare dall'uso di esse;

6. Se vi fosse infine la tendenza alla produzione dell' ascesso opporvis coll'uso locale del freddo.

Sono in conclusione dai diversi casi osservati talmente indotto nella convinzione che l' uso ipodermico del citrato di ferro sia rimedio talmente eroico per dissipare i sintomi locali dell' anemie croniche, che ad esse ricorrerò, non in modo rutinario, ma ogni qualvolta saranno richieste delle circostanze del caso.

Sassari, 9 Dicembre 1885.

GOVERNO DEL PEDUNCOLO

NELL'ISTEROTOMIA E DELLA LEGATURA ELASTICA

del Dott. **S. POZZI**
Chirurgo addetto di Lourcine

(Dalla *Gazette Medicale*, N. 1, 1886)

La questione sul governo del peduncolo dopo l'operazione dell'ovariotomia al giorno d'oggi non divide più in due campi i chirurghi. Tutti, o quasi, concordano nel sostituire al governo extra-peritoneale l'affondamento del peduncolo nella cavità addominale, dopo averlo diligentemente legato con un laccio asettico. Grandi sono i vantaggi di questo metodo, e facile sarebbe il farli ancora una volta evidente.

Ma il problema diventa più complicato quando invece di un peduncolo membranoso, mediocremente vascolarizzato e sul quale il laccio fa una presa facile e tenace, come insomma si trova ordinariamente dopo l'asportazione d'una cisti ovarica, si trova, ed in talune isterotomie avviene, una massa carnosa, di frequente spessissima, tumefatta da liquidi, che rendono difficile qualunque costrizione durevole, irrigata da vasi enormi, arterie e seni venosi, nei quali una definitiva emostasi non è mai del tutto certa. Oltre il danno d'un'emorragia tardiva o secondaria in molti peduncoli uterini ne viene un altro, sul quale non si è abbastanza insistito, e che rende pericoloso l'affondamento nell'addome; intendo parlare dell'apertura mediante il bisturi della cavità uterina, che sempre succede alla isterectomia sopravaginale, e frequentemente alla miomotomia o estirpazione di un fibroma intraparietale. Per quante cure, che in tal caso si possano mettere nella sutura del moncherino e nell'affrontamento della piaga uterina e del suo rivestimento peritoneale, non è egli palese quanto sia grave la presenza nel piccolo bacino d'una soluzione di continuità la quale, per poco che non riesca rigorosamente perfetta la riunione per prima intenzione, fa comunicare la cavità peritoneale con l'esterno, attraverso il canal vaginale, sì difficilmente asettico?

Dunque, riassumendo, due caratteri temibili distinguono il peduncolo uterino dal peduncolo ovarico: 1° l'estrema vascolarità; 2° la presenza di una cavità, che fa parte delle vie genitali. L'uno può portare l'emorragia secondaria, l'altro la setticemia. La presenza dell'uno o dell'altro differenzia radicalmente il peduncolo uterino dal peduncolo ovarico, e impone all'operatore una condotta speciale per mettere in guardia contro i possibili danni.

In questi casi — e sono i più — l'affondamento del peduncolo nell'addome ci pare formalmente controindicato, e predichiamo il laccio elastico all'esterno, come appresso descriveremo.

Ma se questa condizione è la regola ha tuttavia delle eccezioni. Spesso dopo l'ablazione di fibromi peduncolati ed anche dopo l'enucleazione per la via addominale di fibromi interstiziali, ci troviamo di fronte ad un peduncolo impervio (che non comunica con la cavità uterina), che dà poco sangue, o di fronte ad una piaga uterina i cui lembi poco vascolari facilmente si possono ravvicinare. In tal caso dal trattamento intraperitoneale non si hanno che vantaggi, egli è evidentemente il *processo d'elezione*. In tal caso possono pure bastare i mezzi di sutura e di legatura impiegati per il peduncolo ovarico.

Ma vi son casi meno favorevoli in cui il trattamento intraperitoneale ci si impone come *processo di necessità*. Sono quei casi in cui la brevità e la inestensibilità del peduncolo uterino non permettono di mantenerlo fra le labbra della ferita addominale, quantunque sarebbe necessario di mantenervelo causa appunto la vascolarità ed il taglio del cavo uterino. Ecco allora quale dev'essere la condotta del chirurgo. È il peduncolo mediocremente vascolare? e si faranno le legature e l'affrontamento dei labbri del peduncolo incavato (secondo il processo dello Schroeder) con seta antisettica. Il peduncolo da molto sangue? e non si dovrà esitare a porvi un laccio elastico perduto. Bisogna cioè sbrigarsi e riparare al maggior danno possibile, che è appunto l'emorragia tardiva, la quale ci rapisce sì gran numero di donne operate in simili condizioni.

Vi possono essere certamente dei danni nell'abbandonare nell'addome un cordone di caoutchouc e più anche un peduncolo destinato per la costrizione alla pronta necrobiosi: anzi *a priori* la cosa parrebbe tanto grave che non si oserebbe risolverla così su due piedi, se, non solo gli esperimenti fatti su animali, ma, quel che più monta, le molte operazioni dell'Olshausen, dell'Hegar e Kaltenbach, del Fischer, dell'Ahlfeld, ecc., non avessero perentoriamente dimostrato che il laccio elastico può certo esser tollerato dal peritoneo. Può tardivamente provocare un'azione eliminatrice, ma questa avviene per lo più moderatissima, ed il corpo estraneo è espulso senza danno per la malata.

Mi sono riservato per ultimo di parlare del processo di allacciatura applicabile alla maggior parte dei peduncoli uterini, quelli che sono ricchi di sangue

e quelli che non si devono affondare. Questo processo, che io per il primo ho preconizzato in Francia (1), e che sulle prime accolto con diffidenza dai miei colleghi della Società di Chirurgia è ora adottato dai più (credo) fra loro, è la legatura elastica, che io pratico attenendomi ai precetti, tanto bene formulati dall'Hegar (2). Però, mentre l'eminente ginecologo si serve di tubi di caotchouc, io preferisco i cordoni di questa medesima sostanza, che a grandezza eguale sono più forti: quelli che io adopero hanno il diametro di 5 millim. Il laccio elastico, di cui la costrizione si esercita continuamente e, per così dire, si mantiene e si prosegue in virtù dell'elasticità, che fu fortemente esercitata al momento dell'applicazione, offre una sicurezza senza paragone alcuno. Ma qui desidero fare una nota necessaria; ed è che per avere una costrizione efficace e sicura, bisogna con il laccio fare almeno due giri attorno al peduncolo.

E non già solamente come mezzo d'emostasi definitiva il laccio è prezioso, è ancora come mezzo d'emostasi temporanea, così utile fin dal principio dell'operazione. Io non manco mai dal canto mio di mettere fin da principio un laccio alla base di qualunque tumore uterino, perforando al bisogno il legamento largo con un ago, nella cruna del quale faccio passare un cordone elastico, attirato da una ansa di filo, che lo stira e lo assottiglia. Per questa applicazione provvisoria non è generalmente necessaria fare due giri col cordone, e la sua applicazione è resa a sua volta rapida e facile da un piccolo costrittore che a bella posta (nel testo vi sono due disegni del costrittore) ho fatto costruire.

Questo strumento, che ho notevolmente perfezionato dopochè lo presentai nel novembre 1883 alla Società di Chirurgia, è composto di due pezzi, che si distaccano a volontà con un sistema a baionetta, che permette di toglier via il manico, lasciando solo al bisogno il pezzo anteriore, che è quello che assicura la costrizione. Questo ultimo termina con un anello ellittico appiattito e inciso, diviso nella sua parte mediana da una piccola sbarra verticale montata su di un sostegno. Il pezzo, che gli succede, è munito di un eccentrico con un incisura laterale che permette il passaggio del cordone. Col semplice abbassare un pedale mobile si fissa solidamente quest'ultimo. Non dimentichiamoci che il pedale non spiega facilmente e utilmente la sua azione se, il cordone elastico non è ben teso. Grazie a questo strumento la costrizione elastica può essere eseguita da una sola persona. Basta per armare l'istrumento procedere così: 1° fissare una estremità del cordone elastico in una forcella, che è all'estremità del manico;

---

(1) Note sur la technique de la ligature elastique du pédicule utérin dans l'hysterotomie abdominale (*Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 28 novembre 1883).

(2) Hegar und Kaltehbach. — *Die operative Gynaecologie* p. 432 (*Zweite Auflage*) p. 356 de la traduction française du docteur Bar.

2° far passare il cordone nell'incisura dell'eccentrico, e in una delle metà dell'anello aperto terminale. Queste due manovre si fanno ciascuna in un secondo, e da quel momento lo strumento è armato. Per eseguire la costrizione basta: 1° tendere il cordone elastico e farne due giri attorno al peduncolo; 2° far passare il cordone sempre teso nella seconda metà dell'anello inciso terminale; 3° anche al disotto dell'eccentrico; 4° abbassare il pedale e abbandonare il cordone; sbarazzare anche l'estremità impegnata nella forcella del manico.

Questa seconda manovra può essere effettuata in due secondi.

Per l'emostasi provvisoria giova mantenere in posto la testa dello strumento, togliendo il manico, che potrebbe servire a porre un secondo e un terzo laccio sui legamenti larghi. Così pure si può operare sull'utero, senza temere un'emorragia più di quel che non si temerebbe in un arto, in cui l'emostasi è mantenuta dal laccio dell'Esmarch.

Si deve poi rendere la legatura elastica definitiva e togliere lo strumento? Niente di più semplice.

Si gira l'istrumento in modo che il cordone s'incroci attorno la piccola sbarra. Con seta fortissima si lega il punto d'incrociamento, al davanti dell'istrumento; il primo nodo deve essere passato due volte, il nodo chirurgico. Si taglia, la seta rasente. Quindi si esercita una leggera trazione nell'istrumento, il che permette di collocare una seconda legatura di sicurezza pure con seta e a qualche millimetro dalla precedente, e nella stessa maniera. Si alza quindi il pedale, si rilascia il laccio, e se ne tagliano le estremità a quella lunghezza che si desidera.

Io credo che per la legatura elastica questo piccolo strumento sia destinato a rendere servizii analoghi a quegli che per la facile e pronta legatura metallica ha reso quello del Cintrat, e questa nella maggior parte dei casi deve essere, a mio avviso, sostituita da quella elastica. Qualunque del resto sia la sorte che gli riserba l'avvenire, il mio istrumento non sarà stato inutile se avrà contribuito a generalizzare un metodo di legatura sicuro, grazie al quale un considerevole numero d'operate fuggiranno la morte per emorragia.

La piccola tavola seguente riassume in maniera precisa le proposizioni da me formulate:

Peduncoli molto vascolari	*A.* — Sufficientemente lunghi; — legatura elastica del peduncolo fissato all'esterno. *B.* — Non abbastanza lunghi; — legatura elastica perduta nel peritoneo.

Peduncoli poco vascolari pervii (per la cavità uterina).	*A.* — Sufficientemente lunghi; — governo extraperitoneale (d'elezione), legatura elastica. *B.* — Non abbastanza lunghi; — governo intraperitoneale (di necessità); sutura con seta secondo il processo dello Schroeder.
Peduncoli poco vascolari e impervii.	Legatura con seta e affondamento nella cavità peritoneale (come nell'ovariotomia).

MARTINETTI.

ROTTURA DELL'UTERO - OPERAZIONE PORRO - GUARIGIONE

(dagli *Annales de Gynécologie*, febbraio 1886)

COMUNICAZIONE FATTA

dal Prof. **SLAWJAUSKY**

alla Società Chirurgica Russa di S. Pietroburgo

I casi conosciuti di laparotomia onde estrarre il feto dalla cavità addominale passatovi in seguito a rottura dell'utero, sono seguiti tutti da amputazione utero ovarica, però l'esito fu sempre letale per la madre; il bambino essendo già premorto alla operazione. Di fronte ad una statistica che porta una prognosi così scoraggiante, non siamo autorizzati ad accettare un simile metodo di cura, che dopo avere minutamente studiato ciascun caso e così essersi resi padroni delle indicazioni. Ed il caso del quale ci occuperemo oggi è appunto uno di quelli che per la sua felice riuscita giustificano l'intervento e l'opportunità di ricorrere all'operazione del Porro.

Il dì 6 ottobre 1885 venne portata nella Clinica dell'Accademia Imperiale di Medicina la moglie di un impiegato, Caterina Efdokimof, dell'età di 37 anni. Incinta per la nona volta era nel decimo mese di gravidanza una settimana prima del termine. Il giorno 5 ottobre verso le 6, nel traversare una delle strade di Vassili-Ostroff, fu colpita da un carro della 2ª Società dei Tramways e rovesciata sulle rotaie. Nella caduta cadde sul fianco sinistro dell'addome, e inoltre fu un poco urtata dalla carrozza. Ne seguì una emorragia piuttosto abbondante dai genitali, e durante il trasporto al proprio domicilio cadde in deliquio. Ritornata in sè poco tempo dopo, non fu vista però da un medico specialista, il Dott. Smolski, se non il giorno 6 ottobre alle 2 pom. Questi giudicando grave il caso, consigliò il trasferimento della malata nella Clinica.

Ecco in quali condizioni la trovammo al momento del nostro esame in Clinica verso le 8 di sera: donna assai forte, di media statura, con pannicolo adiposo assai abbondante, colorito della pelle pallido, mucose leggermente cia-

notiche. La malata ha esatta coscienza di quanto vien fatto attorno a lei; i lineamenti sono rugosi: sulla metà interna dell' occhio sinistro v' ha una forte ecchimosi; ve ne sono altre a livello della regione glutea principalmente del lato sinistro. Il torace non presenta alterazioni; il ventre è molto sensibile alla palpazione. Temperatura 38°, polso 138. Vista la gravità del caso, in seguito a consulto fatto col Prof. Biden ci decidiamo a fare l'esame oggettivo della cavità addominale nel sonno cloroformico.

L'addome aumentato di volume ha delle pareti molto sottili. Con la palpazione si trova immediatamente sotto la parete addominale e verso la fossa iliaca sinistra, la testa fetale, sopra la quale si arriva a riconoscere le suture che fan capo alla grande fontanella. Risalendo un po' verso destra si sente il tronco del feto e si può persino apprezzare qualche arco costale. Le natiche sono in alto e un po' a destra della linea mediana. A destra del feto sopra una estensione quant'è larga due volte la mano si ha la sensazione di una resistenza retta, che però non ha limiti ben definibili. Il feto è mobile, non si sente battito cardiaco. Coll'esame digito-vaginale si constata la non scomparsa del collo; però l'orificio è facilmente dilatabile e permette l'introduzione di due dita. Sorpassato l'orificio interno, si arriva a destra sulla parete uterina e si tocca con facilità il bordo della placenta; ma a sinistra non si trova parete uterina, e colla palpazione combinata, si avvicinano talmente le dita delle due mani da non avere altro tramezzo che la parete addominale; penetrando più in alto, si trova un piede del feto, tra il piede del feto e le dita esploratrici v' hanno le membrane. Ma su nessun punto si riesce a riconoscere i bordi della rottura uterina.

L' insieme di tutti questi segni obbiettivi non permetteva di affermare con esattezza desiderata, trattarsi di rottura completa della matrice con fuoriuscita nel cavo addominale del feto. Mancavaci, infatti, un segno importante, direi patognomonico quale ci vien dato dal sentire nettamente e potere definire i limiti del corpo dell' utero che in simili casi è situato al lato del feto nella cavità addominale. Nel nostro caso non avevamo altro che la notata resistenza, con sede mal limitabile. La palpazione addominale mercè la quale potevamo sì distintamente riconoscere tutte le parti del feto, era tale da permetterci la supposizione che il feto era già passato nella cavità addominale, ma è noto come in certe pluripare la sottigliezza delle pareti addominali e uterina può dare delle sensazioni perfettamente uguali a quelle da noi provate.

La storia della malata, la probabilità dell'esistenza di una lesione traumatica, l'emorragia genitale abbondante prodottasi subito dopo la caduta, la perdita di coscienza ed i fenomeni di collasso, tutto questo insieme ai dati forniti dall'esame obbiettivo, testimoniava in favore di una rottura uterina. Ma tale rottura era dessa completa od incompleta? Non potemmo stabilire questo punto della diagnosi.

Riassumendo, la nostra diagnosi venne formulata così: rottura traumatica dell'utero gravido.

Quanto alla situazione esatta del feto ci domandavamo se era passato completamente nella cavità addominale, oppure se era rimasto nella regione sotto-peritoneale. Questo problema però non poteva risolversi che nell'atto dell'intervento ostetrico. Comunque fosse però l'insieme delle circostanze imponeva per una cura energica, immediata, e il parto non poteva compiersi che con l'aiuto dell'arte.

Potevasi intervenire in due modi: o terminare il parto per le vie naturali (versione), o fare una via artificiale attraverso la parete addominale (taglio cesareo).

Il primo modo d'intervenire invero era seducente, poichè era facile raggiungere il piede del feto; bastava rompere le membrane e si poteva fare la versione, che sembrava molto facilitata dalla eccessiva mobilità del feto. Considerando d'altra parte però che, neanche approssimativamente conoscevamo la sede della rottura dell'utero; che non sapevamo quali modificazioni si erano potute fare dall'avvenuta rottura non potevamo dare la preferenza a questa maniera d'intervento. D'altra parte noi temevamo di favorire con la rottura delle membrane l'ingresso dell'aria nell'utero, forse anche nella cavità peritoneale, condizione favorevole all'infezione.

Ci parve che il secondo metodo d'intervento, l'estrarre il feto con la laparatomia, ci fosse assolutamente indicato dalla possibilità di una rottura completa dell'utero e del completo passaggio del feto nella cavità addominale. Tuttavia crediamo che se avessimo avuto la certezza che l'utero fosse completamente rotto, ma il feto rimasto al disotto del peritoneo, l'intervento per le vie naturali sarebbe stato molto preferibile.

Non potendo adunque precisare l'indicazione con certezza, ci decidemmo per una laparotomia esploratrice. Ora, grazie alla sottigliezza straordinaria delle pareti addominali, una piccolissima incisione bastava. Di più bastava incidere il solo per qualche millimetro sopra la testa fetale; perchè attraverso a questa incisione, per piccola che fosse sarebbe stato possibile constatare se la testa fetale si trovasse libera nella cavità addominale, o se ella ne fosse separata da uno strato di tessuto.

Questa piccola incisione addominale praticata con le più scrupolose misure antisettiche, non parve esercitare alcuna seria influenza sopra lo stato generale della malata. Fatta l'incisione esplorativa e constatato il passaggio del feto nel cavo addominale, la laparotomia s'imponeva, e la continuazione dell'atto operativo veniva oramai in conseguenza di certe circostanze inerenti al caso, di fronte al quale ci trovavamo. Che se invece avessimo constatato che il feto

fosse rimasto al disotto della sierosa peritoneale, avremmo immediatamente chiuso con sutura l'incisione addominale, e quindi con la versione estratto il feto per le vie naturali.

Alle ore 11 pom. la malata fu trasportata nella sala della Clinica preparata per le operazioni che si fanno di notte. Questa sala è provvista di un apparecchio a gaz del Siemens, che dà una luce più che sufficiente per eseguire queste operazioni d'urgenza.

Assistevano all'inaugurazione i Professori Bider e Smolsky, i Dottori Ficher, Matveef, Rounge Makovetsky e due levatrici della Clinica. Faceva da primo assistente il Dott. Ficher.

La malata fu cloroformizzata dal Dott. Matveef. Al principio dell'operazione la temp. era 38°,6 il polso 138, il resp. 25.

Operazione. — Fu eseguita con le più scrupolose misure antisettiche.

Incisione della parete addominale per 2 cent. sulla linea alba. Incisione per 2 mm. circa del peritoneo direttamente sopra la testa del feto. Dall'apertura escì un liquido misto di sierosità sanguinolente di meconio e di fiocchi di smegma. Subito si scorge a nudo il cuoio capelluto che resta nel cavo peritoneale. Si incide allora con le forbici la parete addominale ed il peritoneo per una estensione di 12 centim. circa; poi preso il feto per la testa si estrae con molta dolcezza.

Si è staccato il cordone ombelicale. Introducendo la mano nella cavità peritoneale per estrarre gli annessi, constatammo la placenta ancora fortemente adesa, e di più pareva aderire alla superficie esterna dell'utero. Credei preferibile portar fuori l'utero attraverso la parete addominale piuttostochè distaccarne la placenta in condizioni così oscure. Facilissimamente fu estratto l'utero con la placenta, e potei allora vedere una cosa che sino a quel momento non aveva mai visto.

L'utero lacerato dall'uno all'altro lato nel suo terzo superiore era completamente rovesciato in modo che la superficie interna era esterna (eversio uteri intraperitonealis). La placenta e le membrane erano completamente aderenti su tutta la loro superficie. L'orificio interno non si poteva vedere, essendo nascosto dalle membrane sopra distesevi a guisa di ponte. Questa disposizione dava all'utero l'aspetto di un fungo, sotto il cappello del quale si vedevano penetrare e inserirvisi le trombe del Falloppio.

Per questa grave complicanza, conoscendo a quali gravi emorragie ha potuto dar luogo il distacco della placenta da un utero rovesciato, decisi di applicare un laccio elastico sul collo uterino, in modo da comprendere i due ovarii al disopra della legatura.

Applicato il laccio elastico, e prevenuto così il pericolo di un'emorragia, facilmente distaccammo la placenta e le membrane fetali. Distaccate queste apparve più manifesto il rovesciamento dell'utero con la sua forma di fungo. La riduzione dell'utero nel nostro caso, se non impossibile, ci si presentava difficile, quindi mi determinai a farne l'ablazione in un cogli annessi. Mi piaceva di compiere presto l'operazione perchè male la donna sopportava il cloroformio.

Per mettermi al coperto da una perdita di sangue io strinsi il collo dell'utero in un secondo laccio, più solido del primo. Inoltre per ovviare a qualunque emorragia secondaria, applicai sul peduncolo, segmentato in due, altri due lacci elastici. Ciò fatto, con qualche colpo di bistori asportai utero e ovaia. Ottenni così un peduncolo di dimensioni più piccole di altri peduncoli che si hanno in laparo-miomotomie.

Procedendo ad una minuziosa ripulitura del peritoneo riscontrammo i segni di una peritonite diffusa.

Le anse intestinali presentavano una vascolarizzazione intensa, la loro superficie spogliata era come vellutata.

Costretto dallo stato della malata, adattai per il peduncolo il governo extraperitoneale. La ferita addominale fu chiusa con nove punti di sutura profondi con filo di seta, otto per la parte superiore della ferita, uno per la inferiore. Questi punti servivano anche a fissare il peduncolo nella ferita. Per fissarlo trascurai aghi e costrittori, persuaso che la fissazione del peduncolo era del tutto assicurata per mezzo dei detti punti e dei lacci elastici stirati fuori della ferita.

La superficie della piaga e del peduncolo fu generosamente cosparsa di iodoformio.

Due bende di garza iodioformiata, un sottile strato di ovatta al sublimato, una cintura ipogastrica costituirono la fasciatura.

L'operazione durò 45 minuti. Poi la malata fu portata in una camera isolata. Ritornata in sè dichiarò di sentirsi meglio e che le erano scomparsi i dolori che prima provava nell'addome.

Il feto, morto prima dell'estrazione, era di sesso femminile, ben sviluppato, lungo 47 cent., peso 2850 grm.

Placenta succenturiata, la parte maggiore di forma ovoidea misura 20 cent. in lunghezza sopra 16 in larghezza. Le dimensioni dell'altra parte sono 8 sopra 12 cent. Struttura normale. Il peso totale della placenta di 582 grm. Non vi sono alterazioni apprezzabili nel tessuto uterino; i bordi della ferita sembrano nettamente tagliati, sono sede di un certo numero di effusioni sanguigne, di forma e dimensioni variabili. Le trombe e le ovaia hanno aspetto normale. L'utero e gli annessi pesano 468 grammi.

A priori, era impossibile fare assegnamento sopra un decorso assolutamente apirettico. Inoltre la presenza di numerose ecchimosi a livello del comune integumento avevano fatte presupporre lesioni più profonde.

Se prendiamo in considerazione i diversi incidenti della malattia, coscienziosamente notati dal mio allievo Dott. Makavesky, si vede che il lavorìo di cicatrizzazione ha progredito regolarmente quanto mai. La riunione per prima intenzione si è fatta dappertutto dove eravamo in diritto di credere che si potesse fare. Le suture furono tolte il 14° giorno, eccetto i due punti che erano stati messi accanto e sotto al peduncolo. Questi furono tolti al 20° giorno.

La porzione di peduncolo che è sotto al laccio elastico, cominciò a essiccarsi fin dai primi giorni; al principio della seconda settimana dopo l'operazione era di una durezza legnosa.

La secrezione della parte della ferita, che era sotto al peduncolo, si fece presto purulenta. Il processo di eliminazione della parte essiccata caduta in sfacelo, si fece in modo regolarissimo, divenne di più in più mobile e cade al 23° giorno dall'operazione, lasciando a livello del punto di separazione una superficie granulosa, larga quanto un pezzo da 10 lire in oro. Questa superficie, leggermente rientrante dal lato dell' addome, ha l' apparenza di un secondo ombelico.

Insomma al giorno d'oggi è completamente cicatrizzata; non resta più che una cicatrice del tutto simile a quella che si vede seguire alle laparo-miomotomie nelle quali si fa uso del metodo extraperitoneale nella cura del peduncolo.

Col tatto si può oggigiorno constatare che la porzione vaginale dell'utero, di piccole dimensioni, è situata in alto e fissa alla parete addominale. I cul di sacco vaginali sono liberi; in nessun punto v'ha tumefazione patologica.

La complicanza che dopo l'operazione ha hato luogo a fenomeni febbrili è stata un'affezione intestinale. Questa si manifestò il giorno 11 ottobre (5 giorni dopo l'operazione) con una diarrea abbondante che durò per 4 giorni. La temperatura s'innalzò a 39°,1, il polso marcò fino a 126 pulsazioni. Inoltre al terzo giorno dopo l'operazione, si constatò la presenza di albumina nelle orine e talune volte persino un assai gran numero di globuli rossi e di globuli bianchi. La malattia dei reni scomparve verso il 20° giorno. Però da questo momento in poi si fece una piaga da decubito in corrispondenza del coccige e le due regioni delle natiche si fecero gonfie. Questo gonfiore ebbe per esito finale un ascesso apertosi spontaneamente in corrispondenza della piaga, il giorno 11 novembre, 36° dall'operazione. Per la prima volta dopo l'operazione la temperatura tornò alla normale. Per tutto il tempo della malattia il polso ha avuto un decorso assolutamente parallelo a quello della temperatura; mai potemmo avere un segno certo di setticemia.

Questa osservazione è molto interessante rispetto al quesito: *Nei casi di rottura dell'utero conviene per estrarre il feto praticare la laparotomia o fare il rivolgimento?*

Questa questione è stata completamente definita nei casi di rottura d'utero avvenuti durante il travaglio. Si sa che dai chirurghi francesi nel secolo scorso è stata fatta la laparotomia in simili circostanze. Secondo Deveux i primi chirurghi che avrebbero operato in tal modo sarebbero Thibaut-Desbois nella città di Mons (1767), ed il Prof. Lambrou in Orléans (1775). Presso di noi, in Russia, fu consigliata nel 1787, dal Prof. Maximovitch-Ambodic per i casi di rottura completa della matrice con passaggio del feto nella cavità addominale. Nell'ultima metà di questo secolo, per la doppia influenza dei lavori statistici americani (Trask) e dai brillanti successi ottenuti nella chirurgia addominale, la maggior parte degli autori danno preferenza alla laparotomia nei casi di rottura uterina avvenuta durante il parto (vedi autori francesi, inglesi, americani). Tale opinione era pure accettata in Germania e si vede che Schroeder nella prima edizione del suo *Trattato d'Ostetricia* metteva come unica indicazione la laparotomia nei casi di rottura della matrice con fuoriuscita del feto in cavità addominale. Ma nell'ultima edizione Schroeder non è più favorevole alla laparotomia e consiglia la versione; ciò senza dubbio in merito ai buoni successi ottenuti in questi ultimi tempi dalle operazioni fatte per le vie naturali e completate con l'uso del drenaggio della ferita.

Il fatto della possibilità di cambiare il metodo operativo era sorto in seguito alle ricerche del Baude sopra il meccanismo e la sede delle rotture uterine durante il travaglio. Le sue ricerche hanno infatti dimostrato che l'utero si rompe sempre a livello del segmento inferiore disteso, assottigliato, e a livello del collo; inoltre che la rottura è quasi sempre trasversale e che per questo i suoi bordi non possono aver tendenza a un rapido riavvicinamento. Ne risulta che il feto, uscito nel peritoneo, può con facilità essere riportato attraverso a questa apertura che conserva le dimensioni primitive e quindi essere estratto dalle vie naturali. In simili casi se si fosse sicuri che al momento dell'intervento, non è già in corso un principio d'infezione, si avrebbe il diritto di ritenere che circondandosi delle cautele antisettiche rigorose, saremmo certamente al sicuro da un'infezione secondaria. Ora, bisogna convenire che il parto per le vie naturali va unito ad un traumatismo molto minore che non la laparotomia.

Queste considerazioni non sono valevoli che nei casi di rotture tipiche, che sopraggiungono durante il parto. Schroeder stesso si pronunzia in favore della laparotomia in certi casi eccezionali, e per porre rimedio ad indicazioni speciali, come per esempio emorragie intense. — Dai lavori di Baudl resulta pure che durante il travaglio (casi di Simpson e di Hofmeier) si possono produrre

delle rotture con dimensioni e sedi sfavorevoli alla versione. Bisogna poi aspettarsi delle difficoltà ancora maggiori quando la rottura avviene nell'ultimo mese di gravidanza, e quando ancora non v'ha nessuna contrazione uterina. In questi casi, non corrispondendo la rottura, a nessun tipo determinato, può assumere forme le più strane. È caratteristica sotto questo rapporto la nostra osservazione. Abbiamo visto che la rottura era del corpo dell'utero; essa era diretta trasversalmente dall'alto al basso, da destra a sinistra, interessando tutta la parete anteriore dell'organo. L'apertura formata dalla rottura era immensa, e sotto la influenza della contrattilità propria dell'utero questo si è everso. Questa particolarità è dovuta a che gli strati muscolari esterni si sono molto più diminuiti in volume che non gli strati interni. Insomma la matrice era rivoltata come un dito di guanto; la superficie interna era diventata esterna pur conservando presso a poco le sue primitive dimensioni; per questo nè la placenta, nè le membrane si sono staccate.

Schroeder pure è d'avviso che non bisogna ricorrere alla laparotomia nei casi di rottura d'utero durante la gravidanza; non ci possiamo associare a questo modo di vedere se si tien conto del nostro caso, che però è forse eccezionale.

I casi di rottura d'utero in gravidanza sono molto rari. L'anatomia patologica e persino la morfologia di queste lesioni non sono ancora ben studiate e può essere che fossimo in condizioni del tutto eccezionali nel nostro caso.

È facile immaginarsi in quale spaventevole situazione si sarebbero trovati e operatore e operata se avessimo fatta la versione. Questa operazione, ciononostante, quanto l'estrazione del feto sembravano dovessero essere di gran facilità. Ma i nostri primi tentativi per distaccare la placenta avrebbero cagionata una emorragia fulminante; la malata sarebbe morta avanti la liberazione. È logico pure di dare la preferenza alla laparotomia in quei casi di rottura dell'utero gravido, nei quali per essere ignorato il sito preciso della lesione e la disposizione accidentale dell'organo, sarebbe azzardato l'intervento per le vie naturali. La laparotomia permette inoltre di completare l'esame oggettivo, senza rendere, a mio avviso e contrariamente all'opinione di qualche autore, più grave lo stato della malata.

L'interesse affatto speciale del nostro caso è dovuto a l'eversione uterina che conduce alle seguenti considerazioni:

1.° L'impossibilità di delimitare precisamente l'area uterina a causa dello stato di eversione, a causa della presenza sulla faccia interna fattasi esterna, della placenta, e quindi incompleti i dati forniti dalla palpazione. Ne risultò che ci dovemmo appigliare alla chirurgia addominale. Quindi facemmo il taglio addominale che solo ci permise renderci conto esatto di quanto dovevamo fare in seguito.

2.° Impedendo il distacco della placenta e delle membrane fetali, l'eversione uterina ha impedita una emorragia mortale e non ha permesso l'ingresso di aria e con essa di sostanze settiche, nel cavo addominale.

Abbiamo veduto come le membrane del feto fossero tese a modo di diaframma sopra l'orificio interno in modo che era assolutamente impossibile che dal collo o dalla vagina penetrasse qualcosa nel peritoneo. Così questo non divenne accessibile ai germi infettivi che in seguito alla laparotomia.

Ho creduto dovere insistere su questo punto, poichè v'ha una credenza secondo la quale il peritoneo di certi individui potrebbe essere impunemente esposto a qualsiasi sorta d'infezione. Keith a mo' d'esempio dice: « Sembra che sia impossibile uccidere certe donne qualunque sia la natura delle sostanze putride lasciate nel bacino. » Un tal supposto si poggia senza dubbio sopra degli errori di osservazione; una qualche circostanza importante è probabilmente sfuggita al nostro collega Scozzese,

3.° L'eversione uterina è stata in questo caso la vera indicazione all'operazione del Porro. Per quanto fino al giorno d'oggi le statistiche relative alla amputazione utero-ovarica non abbiamo assicurata la sua superiorità sul taglio cesareo classico, pure si può ammettere che in certi casi speciali può dare dei risultati migliori di quello che possa dare una operazione mercè la quale si lascia nel cavo peritoneale un utero rotto.

Riassumendo, il nostro caso avendo sortito esito favorevole, è sufficiente per farci ammettere i vantaggi dell'amputazione utero ovarica in certi casi.

La prima operazione Porro per rottura d'utero fatta in Ruseia, fu fatta dal Dott. Prévot a Mosca. La sua operata morì non per setticemia, bensì per emorragie ripetute fattesi a livello del peduncolo.

Nel chiudere questa comunicazione, fatta in occasione di una seduta solenne di una società chirurgica russa, tengo a esprimere il piacere che ho avuto di potere riferire gli incidenti di una prima guarigione completa, osservata in Russia, in seguito all'operazione di Porro fatta per rottura completa dell'utero.

RASSEGNA DI LAVORI STRANIERI

Heilbrunn. — Beiträge zur Nephrektomie (*Contributo alla Nefrectomia*). — (*Centralblatt f. Ginaekologie,* N. 1, 1886).

Dalla statistica di Gross su 233 casi di nefrectomia risulta che questa venne fatta 12 volte per fistola ureterina. Di essi guarirono nove, il che dà una mortalità del 21,27 %. L'autore aggiunge due nuovi casi operati nella Clinica ginecologica di Breslau. In entrambi i casi la fistola era successiva a parti laboriosi strumentali.

La nefrectomia fu eseguita col taglio lombare e si ebbe in entrambi i casi la guarigione.

È a notarsi che nel secondo caso si procedette alla nefrectomia dopochè non si era riusciti ad aver la colpocleisi dopo aver istituito una fistola vescico-vaginale. Naturalmente fu riaperta prima della nefrectomia, la vagina, esulcerata la fistola artificiale.

Nel primo caso la fistola era dell'uretere sinistro colla vagina, nel secondo dell'uretere destro coll'utero.

Krukenberg. — Zur Behandlung der Uterusinversionen *(Contribuzione al trattamento dell'inversione uterina).*

L'inversione datava da un anno circa ed era consecutiva ad un parto. Dapprima si tentarono invano i diversi metodi di riduzione. Un colpeyrinter introdotto in vagina e messo in comunicazione costante con un irrigatore, talchè la pressione acquea misurava 130-150 ctm. indusse una certa dilatazione dell'anello cervicale. Penetrò col pollice della mano destra nella metà sinistra del canale cervicale abbracciando la parete superiore cervicale tra indice e pol-

lice e riducendo con questo man mano successi e punti dell'utero procedendo verso il fondo. Guarigione.

Gerny. — Zur Prophylaxis der Hängebauches der Frauen. (*Profilassi del ventre pendulo nelle donne*). — (*Centralblatt für Ginaek.*, N. 3, 1886).

Accenna all'importanza di una fasciatura addominale conveniente lungo il parto e nei primi otto giorni di puerperio per prevenire la rilasciatezza delle pareti addominali.

Carl Lavenstein. — Die Vermeidung der Stichkanäle in Scheide und Mastdarm bei der Plastik der Septum recto-vaginale. (*Lo scansamento dei canali di puntura nella vagina e nel retto nella plastica del setto retto-vaginale*). — (*Centralblatt f. Ginaek.*, N. 4, 1885).

Accennati gli inconvenienti che dai canali che l'ago apre nella mucosa rettale e vaginale, inconvenienti che qualche volta possono fare fallire lo scopo della operazione plastica, li scansa, evitando di trafiggere coll' ago le rispettive mucose. È nota la forma che assume la superficie cementata quando si tratti di una plastica del setto retto-vaginale: egli infigge l' ago a mezzo centimetro dal margine sinistro di detta superficie, riunendo poi coll' ago rasente al margine della mucosa, e dall' altro lato infiggendo l' ago rasente nella mucosa e ricucendo mezzo centimetro dal margine di questa.

Tale processo gli ha dato ottimi risultati e lo crede preferibile perchè evita i detti inconvenienti e perchè riesce anche di più facile esecuzione.

V. Eugel. — Zur Kasuistik der Wandermilz. (*Casuistica (tre casi) di milza migrante*). — (*Centralblatt f. Gynaek.*, N. 5, 1886).

H. Münster. — Ein Kaiserschnitt nach Sänger-Leopold mit unglücklichem Ausgange für Mutter und Kind aus dem Jahre 1883. (*Taglio cesareo con esito infelice per la madre e per il feto*). — (*Centralblatt f. Gynaek.*, N. 6, 1886).

Ipara, d'anni 32, in travaglio da quattro giorni, feto vivo in presentazione dell'ovoide podalico: un tumore che spingeva in basso la volta vaginale posteriore riempiva quasi intieramente la concavità sacrale. Il tumore era sferico, ineguale, elastico, in alcuni punti fluttuante, immobile. Un trequarti impiantato per il resto nel punto che pareva più fluttuante non diede esito che a sangue scuro, per cui si procedette al taglio cesareo che venne praticato col metodo Sänger-Leopold. L'utero venne sgusciato integro dalla ferita addominale: apertolo ed estratto il feto, si sprigionò da esso del gaz di cattivo odore. Come materiale di sutura si servì della seta fenicata. Il feto era asfittico e non si riuscì a rianimarlo. Morte in 4ª giornata per setticemia. Non potè essere fatto un esame accurato del tumore perchè i parenti non permisero che l'apertura dell'addome. L'autopsia dimostrò che la chiusura della ferita uterina era perfetta.

A. Muratore. — Ein Fall von Laparotomie bei Extra-uterin Schwangerschaft mit Entfernung des Fruchtsackes und Einleitung des Jusses in dei Unterleibshöhle. (*Un caso di laparotomia per gravidanza extra-uterina con rimozione del sacco fetale ed affondamento del peduncolo.* — (*Centralblatt für Gynaekologie*, N. 7, 1886).

Litzmann fu il primo a rimuovere completamente il sacro fetale nella laparotomia per gravidanza extra-uterina. L'A. cita altri due casi di Kusnezew ed uno di Sutergin. Il primo ed il terzo affondarono il peduncolo: il secondo lo assicurò nella ferita addominale. Nel caso di Muratore erasi fatta diagnosi di tumore ovarico. Egli punse il sacco sempre credendo di pungere una cisti. Escì poco liquido puzzolento; introdotto allora un dito per la praticata apertura avvertì parti fetali. Ampliata detta apertura rimosse un feto macerato di circa sette mesi. Il peduncolo del sacco venne diviso e legato in nove porzioni con catgut N. 4 ed affondato. Le aderenze del sacco coll'omento, coll'utero, colla vescica erano state sciolte facilmente prima dell'apertura del sacco. Guarigione dopo l'apertura artificiale di un ascesso per la via vaginale. Sulla base dell'esame microscopico si fece diagnosi di gravidanza tubaria. L'A. accenna alle difficoltà gravissime che si possono incontrare in alcuni casi nella diagnosi differenziale

tra tumore ovarico e gravidanza extra-uterina. Nel caso suo non era quasi possibile altro diagnostico. L'ammalata si era accorta del tumore circa due anni prima, il suo aumento era stato molto lento, la mestruazione non era mai mancata ad eccezione dell'antecedente primavera, nella quale essa affermava di essere stata gravida e di avere abortito. Essa non aveva mai sentito movimenti fetali, e l'esame obbiettivo ripetuto col concorso di colleghi non aveva mai dato segno alcuno da permettere la diagnosi di gravidanza extra-uterina.

Dohrn. — Zwei Fälle aus der Klinik. *(Due casi tratti dalla Clinica).* — *(Centralblatt f. Gynaek,* 1886).

I. *Taglio cesareo post-mortem. — Rigidità muscolare del feto estratto moribondo.*

Ipara, d'anni 29, eclampsica. Non vi erano edemi, nell'orina si trovava una modica quantità di albumina, ma non vi erano cilindri fibrinosi, doppio battito cardiaco fetale regolare, presentazione di vertice, porzione vaginale lunga ancora un centimetro, contrazioni uterine rare e deboli. Condizioni generali gravissime, si alternavano il sopore e gli ascessi. Riuscita inutile ogni cura, bagni caldi, morfina, cloroformio, la paziente soccombeva durante un ascesso, per cui, essendo ancora vivo il feto si procedette al taglio cesareo. Dalla morte della madre alla estrazione del feto passarono quattro minuti. Il feto era cianotico, non respirava, presentava venti pulsazioni al minuto e si osserva tosto il fatto singolare che le membra erano completamente irrigidite. La bocca e le palpebre erano chiuse; il tentativo di penetrare nella bocca col mignolo trovò notevole resistenza. L'azione cardiaca si spense rapidamente. I polmoni erano atclettarici, i vasi normali, il cuore destro iperdisteso, i bronchi non avevano contenuto anormale, turgidi i vasi del collo, del petto, dell'addome, il cervello ed il midollo non furono sezionati. L'A. non conosce casi consimili; egli è propenso a mettere in rapporto i fenomeni osservati cogli accessi eclamptici della madre.

II. *Un caso di echinococchi nel cavo addominale.*

Si era fatta diagnosi di fibromi sotto-sierosi uniti all'utero da sottile peduncolo. La laparotomia mise in luce la vera indole del male. Si estirparono i sacchi. Guarigione.

LUIGI MANGIAGALLI.

Prof. Dott. DOMENICO CHIARA Direttore-gerente responsabile.

Milano. — Tip. Pietro Agnelli, Via Pietro Verri, 16.

Vol. VIII. Marzo 1886 N. 3.

ANNALI

DI

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Istituto Ostetrico e Ginecologico della R. Università di Catania

LA MISURAZIONE DELLA CONIUGATA OSTETRICA

SECONDO

IL PROCEDIMENTO DEL DOTTOR INVERARDI

considerazioni critiche

del Prof. L. MANGIAGALLI

La diffidenza colla quale il Dubois voleva fossero accolte le modificazioni apportate alla pelvimetria ed a cui accenna l'autore nel principio del suo scritto non sarà, a mio credere, dissipata neppure dalla pubblicazione della memoria dell'egregio ostetrico torinese (1). Questi, esposti con ricca dottrina i metodi di misurazione pelvica più conosciuti, ne espone uno suo proprio per arrivare a conoscere con maggior precisione il valore della coniugata vera. Se valesse la pena, ai numerosi citati dall'autore si potrebbero aggiungere quelli recenti di Winkler, di Goth, di Rubinstein, di Kurz, di Kabierske quando non fosse in me profondo il convincimento che nessun vantaggio segnalato ne ridondò alla pratica, se non pure un danno di allontanare ancor meglio, con un apparato irto di formole e di teoremi, i pratici dalla pelvimetria. Non miglior fortuna, lo ripeto, mi pare debba e possa arridere a quello recentemente esposto dal-

(1) *Ricerche e studi per arrivare alla diagnosi della coniugata ostetrica*, del Dott. Giovanni Inverardi. — Torino, 1885, Tip. Celanza e C.

l'Assistente della Clinica ostetrica Torinese. Esponendo le mie critiche io obbedisco all'invito stesso che l'autore rivolge ai colleghi. Ma prima è indispensabile che io faccia famigliare il lettore coi nuovi elementi introdotti dall'autore nella nomenclatura ostetrica.

Egli chiama Coniugata Esterna quella linea che, partendo dal margine superiore esterno della sinfisi pubica e passando per il promontorio sacro-vertebrale termina ad una regione posteriore della colonna vertebrale, situata nella direzione dei due suddetti punti, linea da non confondersi colla coniugata di Baudeloque, poichè, come giustamente riflette l'autore, il punto posteriore della coniugata di Baudeloque non sempre trovasi sul prolungamento della coniugata anatomica. Quella parte della coniugata esterna compresa fra il suo estremo anteriore ed il promontorio egli continua a chiamare Coniugata Anatomica. Esprime infine col nome di Coniugata Diagonale Esterna la distanza tra il limite posteriore della coniugata esterna ed il margine inferiore della sinfisi pubica.

Con strumento speciale da lui ideato egli misurò su pelvi a secco la Coniugata Esterna e la Coniugata Diagonale Esterna. Ma qui l'autore cade tosto in un errore che svierà il suo ragionamento e lo condurrà ad errate conseguenze. Egli scrive infatti (pag. 108-109): « *La differenza fra queste due distanze mi* « *indicava esattamente la inclinazione della faccia esterna della sinfisi pubica* « *sul punto posteriore della colonna vertebrale che era sul prolungamento* « *della coniugata anatomica* e molto approssimativamente l'inclinazione della « superficie esterna della sinfisi pubica sul promontorio sacro-vertebrale che era « sulla stessa linea posteriore.

« Ma si comprende facilmente che con queste misure io non tenevo conto « soltanto della inclinazione approssimativa della sinfisi sul promontorio, *ma* « *ancora della sua altezza, perchè a costituire questa differenza tra le due* « *misure esterne entra pure l'altezza differente della sinfisi pubica: con tali* « *misure io tenevo quindi conto simultaneamente e della inclinazione e del-* « *l'altezza della sinfisi pubica.* »

Ora la conclusione espressa nelle linee sottolineate è falsa, enormemente falsa se nelle discipline matematiche potessero esservi gradi di falsità. Chi non vede che, conosciuta la lunghezza di due linee dipartentesi dallo stesso punto non possiamo avere alcun criterio per determinare la lunghezza e la inclinazione della linea destinata a formare il triangolo se non a patto che sia conosciuto anche l'angolo formato dalle due linee di cui si conosce la lunghezza? In altri termini conosciuta la lunghezza della coniugata diagonale esterna e della coniugata esterna noi non possiamo conoscere neppure in modo approssimativo l'altezza e la inclinazione della sinfisi pubica. No, a costituire la differenza tra le dette due misure esterne, non entra, come afferma l'autore, l'altezza differente

della sinfisi pubica. L'altezza di questa può variare straordinariamente e mantenersi eguale la differenza fra coniugata esterna e coniugata diagonale esterna, ed in questo caso varierà la sua inclinazione. Tutto ciò costituisce una verità matematica così semplice, così evidente, così elementare che davvero sarebbe un far torto alla perspicacia dell' autore e del lettore il volerla dimostrare graficamente.

Senonchè l'autore è sviato da quella sua svista, e dopo avere accennato che l'ostetrico ha speciale interesse a conoscere la conformazione della faccia interna anzichè dell'esterna, ribadisce subito dopo l'errore in cui era caduto. « *Con tale procedimento*, egli scrive, *avevo nella differenza fra queste due misure esterne la nozione della inclinazione varia della faccia esterna della sinfisi pubica, implicitamente ancora tenevo conto dell'altezza della sinfisi stessa.*

Ma all'ostetrico importa meglio conoscere la inclinazione della faccia interna della sinfisi pubica e specialmente il rapporto che passa fra la distanza dal promontorio al margine inferiore della sinfisi pubica o coniugata diagonale e la distanza dal promontorio al punto più sporgente all'interno della sinfisi pubica o coniugata ostetrica. Ricordate a questo punto le nozioni possedute sulla conformazione della faccia posteriore della sinfisi pubica ne inferisce « che la faccia « posteriore di essa è più inclinata sul promontorio di quello che lo sia la faccia « esterna e questa inclinazione della faccia interna rispetto alla esterna sarà tanto « maggiore quanto maggiore sarà lo spessore della sinfisi pubica e viceversa. « Possiamo quindi dalla maggiore o minore spessezza di questa giudicare della « differenza di inclinazione sul promontorio della faccia interna colla esterna « (pag. 110). »

Sin qui l'autore: io debbo però aggiungere e fare riflettere ciò che non fa l'autore che la distanza varia a cui si può trovare il punto post-pubico dal margine superiore della sinfisi pubica, *pur rimanendo eguale lo spessore*, può e deve modificare il rapporto tra coniugata diagonale e coniugata ostetrica.

Dai ragionamenti sopra enunciati la cui base è evidentemente erronea, si comprende già quali sieno le conseguenze che ne debba trarre l'autore. Credendo egli di avere dalla differenza tra le due misure esterne (coniugata diagonale esterna = C. D. E. e coniugata esterna = C. E.) la nozione della inclinazione della faccia esterna della sinfisi pubica e dell'altezza di questa, e dallo spessore massimo della sinfisi la nozione della inclinazione della faccia interna e premesso che possono presentarsi tre casi:

$$\text{C. E.} < \text{C. D. E.}$$
$$\text{C. E.} = \text{C. D. E.}$$
$$\text{C. E.} > \text{C. D. E.}$$

egli formula le due seguenti proposizioni:

1.° Nei due primi casi (C. E. < od = C. D. E.) alla differenza tra coniugata esterna e coniugata diagonale esterna aggiungendo la cifra indicante lo spessore della sinfisi pubica, si ha una somma che rappresenta con molta approssimazione la quantità che si deve togliere dalla coniugata diagonale per avere la coniugata ostetrica.

2°. Nel terzo caso (C. E. > C. D. E.) lo spessore della sinfisi pubica rappresenta la quantità da togliersi dalla coniugata diagonale per avere la coniugata ostetrica.

L'A. aggiunge la dimostrazione presunta della ragione geometrica di questo procedimento, dimostrazione che io non riproduco perchè la dimostrazione non è geometrica, poichè per confessione stessa dell'autore bisogna fare a fidanza col compenso di due errori per crederla tale ed il compenso in realtà non esiste, ed è forse la ragione per cui l' autore nella prima proposizione aggiunge con molta approssimazione (il che ommette per la seconda). Se d' altronde la dimostrazione fosse tale io non potrei invece dimostrare, il che intendo precisamente di fare che l'approssimazione non è molta e non può essere sufficiente *perchè deve variare a norma di circostanze che l'autore trascura e che invece bisogna valutare,* il che toglie ogni rigore scientifico al procedimento. Che se questo già nel campo puramente speculativo e teoretico dà origine ad errori variabili, è a ritenersi che nella applicazione pratica avremo la esagerazione di detti errori, poichè errori sono inevitabili in questo campo anche nell'applicazione clinica di metodi *la cui base rigorosamente scientifica non può essere messa in dubbio.*

Ma quali sono gli elementi che esercitano la loro azione perturbante sui risultati che noi dovremmo avere applicando le proposizioni suaccennate del Dott. Inverardi? Essi sono l'altezza della sinfisi pubica, la sua inclinazione, la distanza del punto post-pubico dal margine superiore della sinfisi pubica, elementi di cui il Dott. Inverardi credeva avere sufficiente nozione dal rapporto fra coniugata diagonale esterna e coniugata esterna e dallo spessore della sinfisi pubica, ma che in realtà rimangono incogniti.

A pag. 113-116 del lavoro di Inverardi è una tavola in cui sono riportate le misurazioni di 131 pelvi (nelle quali si avrebbe il 91 o/o di errori nulli o quasi nulli). Accanto al numero d'ordine del bacino, noi abbiamo le cifre indicanti la lunghezza della coniugata esterna, della coniugata diagonale esterna, dello spessore della sinfisi pubica, della coniugata diagonale, più il valore della coniugata ostetrica ottenuta col calcolo e colla misurazione. Se noi con questi elementi tentiamo una costruzione schematica vediamo subito come male si apponesse l'autore nel credere che il rapporto della coniugata diagonale esterna e della coniugata esterna desse indicazioni sufficienti sulla inclinazione e sulla altezza

della sinfisi pubica. Per fare tale costruzione schematica noi siamo costretti a *supporre una data altezza della sinfisi pubica.* Ora questa può variare e variare di molto senzachè si alteri la differenza delle due linee indicate e ciò fa variare il valore della coniugata ostetrica mentre secondo i calcoli di Inverardi dovrebbe sempre essere eguale. Ma v'ha ancora: pur tenendo costante lo spessore della sinfisi pubica, la linea indicante questo spessore potrà trovarsi a distanza variabile dal margine superiore della sinfisi pubica, distanza che noi dobbiamo *supporre* nella nostra costruzione schematica. Ma tale variabilità influenza il valore della coniugata ostetrica, valore invece che continuerebbe ad essere immutato col calcolo Inverardi. Difatti io ho fatto molte ricostruzioni grafiche delle pelvi studiate da Inverardi ed ho ottenuto risultati qualche volta eguali, molte volte dissimili, molto dissimili, come a suo talento potrà del resto ripetere il lettore. Senonchè il lettore potrebbe dirmi: voi ricostruite pelvi colla stessa coniugata esterna, colla stessa coniugata diagonale esterna, colla stessa coniugata diagonale, collo stesso spessore pubico; ma alle pelvi da voi rappresentate schematicamente in alcuni dei loro elementi, non darete probabilmente la stessa altezza della sinfisi pubica, la stessa distanza del punto post-pubico dal margine superiore della sinfisi quali erano nelle pelvi studiate dall' Inverardi. Ma in ciò, rispondo io, sta precisamente la dimostrazione della non attendibilità delle due proposizioni dell'Inverardi, poichè dimostrando che modificando tali elementi si modificano i risultati, si dimostra nello stesso tempo che il metodo di Inverardi, *non tenendo calcolo di tali elementi,* espone a notevoli cause di errore. Che fa infatti l'Inverardi? Egli fa astrazione dai detti fattori, egli dice agli ostetrici: prendete una pelvi, misuratene la coniugata esterna, indi la coniugata diagonale esterna, indi lo spessore massimo della sinfisi pubica, indi la coniugata diagonale. Da questa per avere la coniugata ostetrica voi dedurrete lo spessore della sinfisi se la coniugata esterna è maggiore od eguale alla coniugata diagonale esterna, se invece quella è minore di questa voi dedurrete lo spessore, più la loro differenza. Egli dunque reputa inutile gli altri due elementi accennati ed è invece la loro influenza altamente perturbatrice che io voglio dimostrare.

Sceglierò a caso due esempi che il lettore potrà moltiplicare a suo piacimento e la dimostrazione riescirà più convincente.

ESEMPIO I. — Fig. 1.

Pelvi N. 20 della tavola di Inverardi.

Coniugata esterna $<$ Coniugata diagonale esterna. — Dati riferentisi alla pelvi:

Coniugata esterna 224 mm.

Coniugata diagonale esterna	236 mm.
Differenza	12 »
Spessore della sinfisi pubica	8 »
Coniugata diagonale	130 »

Calcolo secondo la proposizione Inverardi.

Coniugata ostetrica = 130 — (236-224) — 8

130 — 20 = 110

Coniugata ostetrica misurata da Inverardi = 114

Errore in meno col calcolo di 4 mm.

Vediamo ora quali errori si possono avere modificando variamente l'altezza della sinfisi pubica e la distanza del punto post-pubico dal margine superiore della sinfisi pubica, mantenendo invariati gli altri elementi, quelli che entrano nel calcolo Inverardi.

Nella figura 1 ED rappresenta la coniugata diagonale esterna e misura appunto 236 mm. (le misure vennero prese con grande precisione) (1), EA la coniugata esterna e misura 224 mm. (differenza 12 mm). Possiamo noi desumere da questo rapporto alcunchè riguardo alla lunghezza della sinfisi pubica? No affatto, perchè manca il valore dell'angolo E e questo può variare senza che variino le lunghezze di ED e di EA. Esaminiamo anzitutto il caso in cui l'altezza della sinfisi fosse di 4 ctm. Fatto centro in D con raggio di 40 mm., in E con raggio di 224 mm. il punto di intersezione dei due archi ci dà il punto in cui devono convenire le linee EA e DA per conservare reciprocamènte la loro lunghezza. La linea CD rappresenta la coniugata diagonale di 130 mm. Il triangolo DOA rappresenta la sinfisi pubica, OL il suo spessore di 8 mm., il punto L dista da A 20 mm.

Se noi misuriamo la coniugata diagonale ostetrica CO questa sarebbe allora di 113 mm.

Se noi trasportiamo OL in O'L' in modo che L' disti 10 mm. da A mantenendo invariati gli altri elementi la coniugata ostetrica CO' diventa di 110 millimetri.

Ora *lasciando immutati i valori* di *ED*, di *EA*, di *CD*, di *OL*, elementi costanti del calcolo Inverardi, modificheremo l'altezza della sinfisi pubica, facendo questa di 6 ctm. e trasportando A in A'. L'inclinazione ne verrà necessariamente modificata ed anche per tale sinfisi pubica così allungata faremo i

(1) Nella riproduzione tipografica incorse qua e là l'errore di qualche mm.

due casi: che il punto L portato in L_1 disti 20 mm. da A' ed il punto L' in L_2 disti 10 mm. da A'. La coniugata diagonale DC' è sempre di 130 mm.

Allora la coniugata ostetrica diventa successivamente in $C'O_1$ di 107 mm. in $C'O_2$ di 104 1/2 mm.

Dunque la coniugata ostetrica, la quale cambiando altezza ed inclinazione della sinfisi pubica e distanza del punto post-pubico dal margine superiore della sinfisi può variare da 113 *fino a* 104 1/2 *mm. col calcolo resterebbe invece immutata di* 110 *mm. Non tenendo calcolo di detti elementi si può dunque commettere nel caso indicato un errore il quale oscilla da* 3 *mm. in meno fino a* 5 1/2 *mm. in più.*

Passiamo ad un secondo esempio nel quale la coniugata esterna sia maggiore della coniugata diagonale esterna.

ESEMPIO II. — Fig. 2.

Bacino N. 60 della tavola Inverardi.

Dati riferentisi alla pelvi:

Coniugata esterna	143	mm.
Coniugata diagonale esterna .	137	»
Spessore della sinfisi pubica .	16	»
Coniugata diagonale	88	»

Essendo la coniugata esterna maggiore della coniugata diagonale esterna basterebbe, secondo Inverardi, togliere dalla coniugata diagonale lo spessore della sinfisi pubica per avere la coniugata ostetrica.

Dunque:

Coniugata ostetrica = 88 — 16 = 72 mm.

Ripeta il lettore per la fig. 2 lo stesso ragionamento fatto per la fig. 1. — In DA la sinfisi è di 4 ctm., in DA' di 6 ctm., L, L', L_1, L_2 distano rispettivamente 2 ctm., 1 ctm. da A e da A'.

O, O^1, O_1, O_2 rappresentano successivamente il punto in cui verrebbe a trovarsi il punto post-pubico.

Tutti gli altri elementi del calcolo si mantengono immutati.

La coniugata ostetrica diventa successivamente di 71, 72, 65 1/2, 67 mm., mentre col calcolo è sempre di 72 mm.

Dunque un errore possibile oscillante fra 0 e 6 1/2 mm. in più.

Ma l'errore si fa ancora più manifesto quando noi facciamo eguali coniugata diagonale esterna e coniugata esterna. Se noi per esempio nella fig. 3 riproduciamo gli stessi elementi colla sola variante di fare coniugata diagonale esterna e coniugata esterna eguali a 137 mm., allora col calcolo la coniugata ostetrica non muta, è sempre di 72 mm. mentre graficamente è successivamente in CO, CO^1, $C'O_1$, C^1O_2 di 68, 68, 61, 62 mm.

Si avrebbe dunque un errore oscillante da 4 ad 11 mm. in più.

Senonchè mi si potrebbe obbiettare che nelle figure accennate 1ª 2ª e 3ª le linee OL, O'L, O_1L_1, O_2L_2 rappresentanti lo spessore della sinfisi pubica non sono perpendicolari alla faccia esterna del pube, ma trovansi sul prolungamento della linea rappresentante la coniugata ostetrica. Ciò feci io per seguire l'autore il quale per bisogno di dimostrazione geometrica mette in alcune figure LO in prolungamento della CO.

Ciò può produrre qualche lieve cambiamento ma nulla toglie alla dimostrazione della grave influenza perturbante che sul calcolo di Inverardi esercitano l'altezza e la inclinazione della sinfisi pubica, e la distanza del punto post-pubico dal margine superiore della sinfisi.

Nella fig. 4ª è riprodotta la fig. 1ª con questa variante che lo spessore della sinfisi pubica è rappresentata da una linea perpendicolare alla faccia esterna del pube e non sono più L, L'. L_1, L_2 che distano rispettivamente due, un ctm. da A, da A', ma sibbene O,O', O_1,O_2. Ma allora col calcolo la coniugata ostetrica è sempre di 110 mm. Invece abbiamo graficamente:

$$CO = 113$$
$$CO' = 109$$
$$CO_1 = 106$$
$$C'O_2 = 104$$

Il processo Inverardi non ha dunque una base scientifica perchè parte dall'idea affatto erronea che la nozione della coniugata diagonale esterna e della coniugata esterna sia sufficiente a darci la nozione dell'altezza della sinfisi pubica e della sua inclinazione ed anche restando nel campo puramente speculativo e geometrico la sua applicazione è feconda di errori appunto perchè non tiene calcolo di questo elemento e dell'altro, distanza del punto post-pubico dal margine superiore della sinfisi pubica.

Data la conoscenza della C.D.E e della C.E e dello spessore della sinfisi pubica noi potremmo dare una base scientifica al procedimento dell'Inverardi introducendo un altro elemento il quale fosse cognito, misurando cioè anche l'altezza della sinfisi pubica. Allora col calcolo e per una via lunga e compli-

cata quantunque non difficile per chi abbia conoscenza della trigonometria elementare e ricordi il modo di servirsi delle tavole logaritmiche si può arrivare alla conoscenza esatta della coniugata ostetrica. Agli ostetrici e dilettanti matematici che pullulano al bel sole d'Italia (non se ne offendano poichè mostro di tingermi ora della stessa pece) dedico la nota (1). Qui mi limito ad accennare

---

(1) 1° triangolo ADE

ED = a, AE = d, AD = e

Dati : a, d, e.

Noi sappiamo che *dati* i *tre lati di un triangolo noi possiamo conoscerne i tre angoli.* A noi interessa conoscere l'angolo A, il che si ottiene colla formola :

$$\text{tang } \frac{1}{2} A = \sqrt{\frac{(p-d)\,(p-e)}{p\,(p-a)}} \quad \text{dove}$$

$$p = \frac{a + d + e}{2}$$

2° triangolo ADC

Chiameremo *c* il lato AD opposto all'angolo C, *d* il lato CA opposto all'angolo D. In detto triangolo sono noti DC od *a*, *c*, e l'angolo A.

Ma dati due lati, e l'angolo opposto ad uno di essi noi possiamo trovare i due altri angoli e il terzo lato.

Applicheremo dunque al caso concreto le formole :

a : c :: sen A : sen C

D = 180° — (A + C)

sen A : sen D :: a : d

3° triangolo AOL

Dati : OA = *l*; OL = a

Formola a = *l* + sen A

$$\text{sen } A = \frac{a}{l}$$

Si conosce così l'angolo OAL

Ma l'angolo DAE è già conosciuto dalla soluzione del primo triangolo : quindi nel 4° triangolo CAO saranno noti

OAC = DAC — OAL = A

OA = c

CA = o

Noi troveremo CO ovvero *a* colle formole :

$$\text{tang } \frac{1}{2}\,(O\text{-}C) = \frac{o - c}{o + c} \cot \frac{1}{2}$$

$$\frac{1}{2}\,(O + C) = 90^\circ - \frac{1}{2} A$$

a : c = sen A : sen C.

che aggiungendo (v. fig. 4ª) la nozione di DA (altezza pubica) a quelle richieste da Inverardi si potrebbe raggiungere lo scopo di conoscere il valore della coniugata ostetrica graficamente. Conosciuti (fig. 4ª) ED, EA, DA, resta determinato il triangolo EDA. Collo stesso mezzo con cui si misura lo spessore della sinfisi, cioè OL, noi veniamo a conoscere implicitamente il punto L da cui si deve levare la perpendicolare LO di lunghezza conosciuta. Essendo d'altra parte DC conosciuta noi non avremo che a tracciare CO e misurarne la lunghezza.

Senonchè l'autore stesso riconosce tutte le difficoltà che si oppongono a misurare sulla vivente la coniugata diagonale esterna e la coniugata esterna e cerca di girare le difficoltà e di raggiungere lo scopo con una serie di ragionamenti e di induzioni che se fanno fede sicura dell' ingegno e dello studio dell'autore, non ci sono arra sufficiente che il metodo di misurazione, che ne è la conseguenza, possa dare risultati migliori della pelvimetria digitale.

Io ho già accennato al giusto rimprovero che l'autore muove alla coniugata di Baudeloque di non trovarsi col suo estremo posteriore sulla continuazione della linea promonto-soprapubica: ciò lo indusse a ricercare mediante misurazioni in una serie di bacini normali e variamente viziati il rapporto della coniugata di Baudeloque e della linea da lui chiamata coniugata esterna colla colonna vertebrale. Riassume quindi in un prospetto comparativo il reciproco rapporto tra C.B e C.E, si spiega colla rotazione del sacro il rapporto che ha la C. B colla C. E e quindi col promontorio sacro-vertebrale e stabilito che il punto posteriore della C.E è sotto la dipendenza della rotazione del sacro, egli ammette che tale rotazione sia a sua volta in rapporto colla profondità della concavità della faccia anteriore del sacro e si avvia quindi alla ricerca di tale rapporto sulla vivente. All'autore *parve* « che un dato sufficiente lo potesse dare il rapporto numerico della coniugata diagonale colla massima distanza che dal margine inferiore della sinfisi pubica va all'apice della curva o dell' angolo formato dal sacro per il moto di rotazione, distanza che egli chiama distanza sacro-sotto-pubica massima (D. S. S. P. M). Il rapporto fra questa distanza e la C.D è chiamato indice di rotazione ed è ottenuto colla equazione

$$x = \frac{\text{D.S.S.P.M.} \times 100}{\text{CD}}$$

Studiò nelle diverse pelvi questo indice di rotazione ed in un prospetto che riproduco, indica il rapporto fra indice di rotazione e limite posteriore della coniugata esterna nei bacini uniformemente ristretti e piatti non rachitici, nei bacini rachitici uniformemente ristretti, piatti e pseudo-osteomalacici.

Indice di rotazione	Limite posterrore de la C. E
tra 100 e 105	Apofisi spinosa 3ª lombare
106 e 110	tra l'ap. spin. della 3ª e 4ª v. lombare
111 e 116	apofisi spinosa della 4ª lombare
117 e 122	» » » 5ª »
128 e 139	tra l'apofisi spinosa della 5ª lomb. e 1ª sacrale
oltre 139	

Pei bacini uniformemente ristretti e piatti rachitici e non rachitici:

apofisi spinosa 1ª sacrale.

Pei bacini pseudo-osteomalacici:

tra 139 e 143	apofisi spinosa 1ª sacrale
144 e 153	tra » » 1ª e 2ª sacrale
oltre 153	» » 2ª sacrale.

Il procedimento dell'Inverardi dal campo speculativo, ove lo dimostrammo erroneo, portato nel campo dell'applicazione pratica, consterebbe dunque di due fasi. La prima è destinata a ricercare l'estremo posteriore di CE e di CDE e a questa conoscenza si arriverà:

1° Misurando la coniugata diagonale.
2° Misurando la distanza sacro-sotto-pubica massima.
3° Deducendo l'estremo posteriore della coniugata esterna dal rapporto di queste due distanze.

Io non voglio sottoporre ad esame critico il procedimento ingegnoso, direi troppo ingegnoso, seguito dall'autore per arrivare a tale conoscenza, nè additare tutte le cause di errore che possono nascondersi nel ragionamento suo quando si pensi alle leggi complicate della statica e meccanica pelvica e a tutte le cause eventuali di perturbamento della rotazione del sacro. E torna qui anche opportuno l'aggiungere che la nota e seducente dimostrazione di Aeby-Meyer (rotazione del sacro cui incombe il peso del corpo e sue conseguenze), appunto in questi ultimi tempi è fatto oggetto ai più fieri attacchi e nel campo anatomico e nel campo fisiologico e in quello patologico. Ma percorsa faticosamente

questa prima fase, noi saremo arrivati ad un procedimento, la cui base è erronea, e che quindi nel campo della applicazione pratica porterà con sè il suo difetto di origine con tutte le sue conseguenze, aggravate necessariamente dagli errori che noi quasi sempre osserviamo anche quando applichiamo un metodo *rigoroso* scientificamente.

Questa seconda fase consisterà:

1° nella misura della coniugata diagonale esterna e della coniugata esterna;
2° nella misura dello spessore della sinfisi pubica;
3° nel calcolo già indicato dalle due proposizioni sopra riportate.

Ma io ho già dimostrato quali errori ne possano derivare dal trascurare completamente due elementi, altezza della sinfisi pubica e distanza del punto post-pubico dal margine superiore di questa.

Oltre a *tali errori essenziali dovuti al difetto* fondamentale del metodo si aggiungeranno nella pratica gli errori che occorreranno in una misura maggiore o minore:

1° nella misura della coniugata diagonale;
2° nella misura della distanza sacro-sotto-pubica massima;
3° nella deduzione dell'estremo posteriore della coniugata esterna dal rapporto delle due distanze antecedenti;
4° nella misura della coniugata esterna;
5° nella misura nella coniugata diagonale esterna.

Non ho voluto accennare alla complicazione del metodo, alla necessità di avere il prospetto indicante il rapporto fra indice di rotazione e posizione dell'estremo posteriore della coniugata esterna, alla difficoltà di averne uno che faccia norma, inconvenienti gravi su cui si potrebbe sorvolare, se conducessero ad un metodo veramente esatto di pelvimetria. Ma il processo non è scientifico e non è pratico, è soltanto ingegnoso e l'ingegnosità può nuocere più di quello che non si creda nel campo delle discipline mediche.

Ogni clinico continuerà per ora ad affidarsi al procedimento ordinario di pelvimetria digitale, tenendo calcolo di tutti gli elementi che possono far variare la deduzione a farsi dalla coniugata diagonale per avere la coniugata vera. Tali elementi sono:

1° l'altezza della sinfisi pubica;

2° la sua inclinazione;

3° lo spessore di essa;

4° la distanza del punto post-pubico dal margine superiore della sinfisi pubica;

5° il grado di viziatura pelvica.

È curioso come l'autore dopo avere insistito sull'influenza maggiore o minore di detti elementi sul valore della coniugata ostetrica, ci abbia poi dato un procedimento, in cui si trascurano affatto alcuni dei più importanti di essi nella parte scientifica dottrinale del metodo, e che nella applicazione pratica è quindi destinato a sommare le cause di errore, che si riscontrano e nella pelvimetria esterna strumentale e in quella digitale interna.

Fibromioma in utero gravido — Feto morto al principio del 4° mese e ritenuto in utero fino al 9° mese — Cura dell'anemia cronica con iniezioni ipodermiche di citrato di ferro.

DEL DOTT. ARTURO BOMPIANI

I.

Il 18 luglio 1884 fui chiamato da una levatrice presso una signora che si diceva al termine di gravidanza, perdeva molto sangue dall' utero e vi soffriva dolori espulsivi.

Trovai una signora di circa 30 anni di condizione scheletrica regolare ma di ossatura sottile, magra e di una pelle fina e di colore cereo su tutto il corpo. Era molto prostrata di forze, il polso era esile e sfuggevole, il carattere molto tranquillo.

Aveva un ventre sviluppato come d'una gravidanza settimestre appena, molto più sporgente sotto il bellico che non ai lati ed in basso, però simmetrico. La palpazione e percussione un po' dolorosa davano a sentire e limitare un tumore ovoidale con grande asse verticale, il polo maggiore limitato a due dita sopra il bellico ed il minore molto più stretto entrava nel mezzo dell'ingresso pelvico. La consistenza del tumore era molto dura, anche nei periodi di calma fra le doglie e la mobilità laterale ben limitata. Non era possibile sentire in alcun punto o la tensione o la mollezza elastica dell'utero contratto o no sul liquido amniotico. L'ascoltazione faceva sentire molto nettamente un ruvido soffio uterino e battiti trasmessi dalle arterie iliache materne e nessuno accenno a battiti cardiaco fetali sebbene talora un fremito confuso si sentisse, quando la consistenza uterina aumentava. Per vagina il collo era appianato relativamente al canale vaginale molto alto, dilatato per due centimetri e lasciava sentire un canale corto svasato indietro, con un corpo molle polposo che io ritenni per placenta previa.

Io emisi allora diagnosi di *gravidanza con placenta previa interrotta al*

6° mese forse da un fibroma dell'utero, sospetto che annunciai subito per la strana durezza dell'utero. Lasciai travedere la mia incredulità sulla gravidanza a termine, insistendo con domande suggestive per vedere se la data dell' ultima mestruazione potesse essere stata più prossima.

Ella con serena tranquillità mi assicurò che l'ultima mestruazione era venuta alla metà di ottobre 1883 e che dopo, essendo stato assente molti mesi il marito, ella non poteva aver concepito; di più, mi aggiunse, che un ostetrico noto al suo paese nativo, in febbraio aveva sentito i battiti cardiaci del fetino.

Naturalmente a tali argomenti, per delicatezza, non opposi parola e mostrai dissipato ogni mio dubbio.

Eseguii un tamponamento vaginale e per la emostasi e per ottenere una maggiore dilatazione del collo dell'utero e prescrissi un clistere laudanato. — Visitatala il dì seguente seppi che non ebbe più dolori: tolsi i tamponi e non trovai il collo più dilatato di quello che era il giorno avanti, solo sentii più sporgente il zaffo che io supponeva fosse la placenta previa. Introdussi due dita in vagina e di queste fatta pinzetta estrassi per la testa un fetino schiacciato.

Il fetino è lungo 9 cent., schiacciato trasversalmente, ha una cute biancogrigiastra friabile. Nel capo non si distingue che la bocca.

L'ossificazione è manifesta nel mascellare inferiore, negli arti e negli archi costali. Il sesso pare il maschile (1).

Dopo di ciò spinsi il dito esploratore nel canale cervicale, lungo 2 cent., embricato a parete anteriore convessa e concava la posteriore; detto canale terminava in un orificio interno appena dilatato da lasciare passare il polpastrello. Non rilevai gli annessi del feto. Con l'esame combinato constatai l'enorme ispessimento della parete anteriore del corpo dell'utero e specialmente del suo segmento inferiore. Con la sonda uterina Fritsch, con cui feci le lavande intrauterine potei sentire la cavità dell'utero schiacciata e la parete anteriore sede dell'enorme tumore e la posteriore assottigliata e modellata su quella.

Passò un puerperio regolare con pochi dolori per la espulsione di detriti, tali che ad occhio nudo non si poterono mai riconoscere se di placenta o di decidua.

Intanto raccolsi i seguenti dati anamnestici. Sempre gracile fino dalla infanzia fu mestruata a 12 anni e le regole furono mensili, nè abbondanti, nè dolorose.

Ebbe un'amenorrea di tre mesi scongiurata con emmenogoghi e ferruginosi.

---

(1) Nel fetino esaminato al microscopio dal Dott. Magini, Assistente alla Cattedra di Istologia normale, non fu trovato nulla di particolare; solo si faceva notare una relativamente grande quantità di sali calcarei. La supposta degenerazione adiposa delle fibre muscolari non fu constatata.

Andò a marito nel gennaio 1881 e dopo tre mesi rimase incinta; ebbe gravidanza, parto e puerperio regolari di una bambina molto meschina che vive ancora gracile. Allattò tre mesi ; poi per la sua debolezza dovette sospendere tale funzione nel marzo 1882. Nella metà di aprile ebbe un nuovo concepimento che condusse fino quasi al termine di gestazione e s'interruppe all'ottavo mese con parto improvviso e rapido di due bambine ancora più meschine della prima e che poco sopravvissero. Ebbe un puerperio normale; rivide le mestruazioni regolari per tipo e quantità come nella vita nubile.

Dalla metà di novembre 1883 fu amenorroica e senza disturbi per 3 mesi. Alla fine di febbraio 1884 ebbe disturbi di stomaco e pesantezza del ventre. L'ostetrico la esaminò e trovò una gravidanza in condizioni normali e constatò i battiti cardiaco-fetali. Dai primi di marzo però essa notò or più or meno perdite di sangue intercalate ad intervalli di perfetta asciuttezza. Il 12 luglio ebbe una vera metrorragia che durò 18 ore ed a cui la levatrice credette provvedere con bevande stittiche. Il 18 dello stesso mese l'emorragia uterina si ripetè e con dolori, onde io fui chiamato.

Compiuto il puerperio la signora volle che io ne assumessi la cura; per tentare la riduzione del tumore se fosse possibile e tenere a freno le emorragie che le pronosticai, meravigliandomi che ancora non ne avesse patito.

Non si poteva parlare di cura radicale con la miomotomia o con la castrazione, perchè la signora la rifiutava e per lo stato di debolezza di forze in cui si trovava non si poteva pensare ad amputare in cavità il mioma perchè sessile, ed a larga base, nè finalmente inciderne la capsula per sgusciarlo e per l'incertezza sulla sua struttura interna e perchè l'orificio interno non si prestava ad un'ampia dilatazione e per timore di un processo necrotico del connettivo interstiziale ai nuclei miomatosi che non si sarebbe potuto facilmente limitare e sarebbe stato forse causa di un esito infausto.

Cominciai quindi una cura palliativa sintomatica. Somministrai per uso interno e picraticamente la ergotina (0,10 per pill. una per mattina).

Nei mesi seguenti notai :

Dal 13 al 16 agosto mestruazione senza dolori, abbondantissime nel primo giorno, meno nei successivi.

Dall'11 al 21 settembre, mestrui abbondanti. Utero supera appena la cicatrice ombelicale; si mantiene un soffio uterino sopra il pube, nel resto del tumore battiti arteriosi trasmessi; sempre poco mobile.

Nel tempo intermestruale molto liquido siero-purulento dall'utero.

Dal 12 al 16 ottobre mestruazione nè eccessiva, nè dolorosa.

Nel novembre il mestruo durò quattro giorni, ma così profuso che ne rimase estenuata da non poter lasciare per qualche giorno il letto, e da avere

vertigini e vacillamenti nei primi giorni in cui si levò. Continuò a perdere pus senza dolori espulsivi.

Il 1° dicembre ripetei l'esame fisico del tumore con le note caratteristiche già descritte. Le misure massime furono: verticale 215 mm., trasversale 230 mm. Il fornice anteriore della vagina era globoso convesso in basso ed occupato dal segmento inferiore dell'utero, che era sviluppato come al 6° mese di gravidanza, su tale segmento si sentiva la pulsazione di un'arteria di notevole calibro. Ad angolo quasi retto aperto in basso, si continuava il collo dell'utero, conico, corto, diretto al coccige, con apice molle, a margini lacerati e base dura in continuazione con la durezza del corpo dell'utero. La sonda flessibile penetrava bene in cavità uterina per 205 mm.

Dal 10 al 14 dicembre, mestruazione come di solito. Al fine di detto mese feci la dilatazione del collo dell'utero per accertarmi quanto estesa fosse la base d'impianto e quanto la superficie libera del tumore. Ebbi un risultato simile a quello ottenuto nell'esame in puerperio.

Dal gennaio 1885 cominciai ogni tre giorni e continuai a giorni alterni in febbraio e marzo le iniezioni ipodermiche di 0,50 di ergotinina Tanret. Ciò non ostante la quantità del sangue non diminuì, anzi nei due ultimi mesi si ripetè ogni quindici giorni. Tantochè anche per diminuire la esauriente perdita siero-purulenta, feci a tre giorni di distanza, due prolungate lavande intrauterine di un litro di acqua emostatica del Pagliari, ciascuna. Queste lavande dettero intensi dolori, subito dopo, ed elevarono di un po' la temperatura la sera dello stesso giorno: sospesero però le perdite purulente e sanguigne.

Intanto essa era così stremata di forze, che aveva un cardiopalmo continuo, una eccitabilità psichica, nel suo carattere eccezionale, facili deliqui, anoressia, cefalea, sonnolenza, rumori agli orecchi, mucose assolutamente bianche a cute cerea, forza muscolare estremamente ridotta. Proposi ed eseguii le iniezioni intramuscolari di citrato di ferro 0,10 in acqua di lauro ceraso 1,00 nelle regioni glutee quotidiane dall'8 all'ultimo di aprile, cominciate da me e continuate dal marito. Queste ebbero così buon successo che non ostante le mestruazioni anche in questo mese non fossero state scarse, le forze fisiche e morali si erano rifatte, aveva riacquistato l'appetito e il buon colore e fu desiderosa molto di muoversi, tanto che riprese le sue passeggiate e partecipò ai divertimenti dello *Sport* della stagione primaverile.

In maggio la mestruazione fu bene tollerata e regolare; in giugno fu un po' prolunguta e si ripetè la lavanda emostatica intrauterina. In luglio andò ai bagni di mare a Viareggio, poi rimpatriò e così non l'ho più vista (1).

(1) Da relazione avuta dai parenti so che è stata dal Prof. Bassini di Padova operata felicemente da miomotomia.

II.

Questa istoria clinica offre il campo ad alcune pratiche considerazioni.

Stabilito che si trattava di un voluminoso (23 × 23 cm.) e fibromioma duro della parete anteriore del corpo dell'utero, dal fondo al collo, sottomucoso, ma sessile ed a larga base d'impianto; ecco un quarto caso da me osservato di reciproca influenza fra tale tumore e la gravidanza. Mentre quella signora non aveva per lo innanzi avvertito tumore di sorta nel suo ventre, tre gravidanze ravvicinate hanno bastato a dar vita di celere moltiplicazione a quei nuclei che preesistevano forse ancora molto piccoli ed interstiziali (nè dismenorree, nè metrorragie). E l'aumento progressivo del tumore si è manifestato da sè nella proporzione di tolleranza che l'utero ha mostrato per le singole gestazioni. La prima condotta a termine dette un feto gracilino, la seconda finì prematuramente, la terza abortì.

È evidente in questo caso che non la sede, ma il volume del mioma ha pesato sulla durata della gravidanza; perchè è stata in ragione inversa dello spazio restato libero nella cavità uterina. Nella gravidanza che è soggetto della storia è notevole l'andamento della funzione uterina rispetto all'uovo contenente un feto morto.

Vivente il fetino, con lo sviluppo più rapido del tumore, la sola parete posteriore deve specialmente essersi aumentata e distesa sopra l'uovo. Questo è gettato metà sopra una mucosa ammalata che rivestiva il mioma o parete anteriore del cavo uterino e metà sopra una mucosa sana che rivestiva la parete posteriore: a questa si è mantenuto aderente, da quella è stato lentamente staccato per il processo di endometrite sierosa e vegetante ond'essa era affetta. Di qui le perdite siero sanguinolente dal quarto mese in poi; il feto non ricevendo un adeguato nutrimento è morto e l'uovo al suo primo impianto è rimasto aderente sulla sede della decidua serotina e forse per un tratto anche della d. vera sulla parete uterina normale.

Mantenendosi normali gli scambi osmotici tra i villi placentari e la mucosa uterina sana, l'utero non ha risentito quest'uovo come corpo estraneo e non ci si è quindi contratto sopra per espellerlo. D'altra parte il fetino morto rimasto nel sacco chiuso dell'uovo avrà in un primo tempo riassorbito nei suoi tessuti parte del liquido amniotico di cui i sali alcalini ne hanno saponificato i grassi; mentrecchè in un secondo tempo ha ceduto i suoi liquidi ai tessuti ambienti e perchè morto e perchè compresso dalle due pareti uterine, onde lo schiacciamento e la mummificazione. La espulsione sua invece sarebbe avvenuta soltanto

allora che la decidua reflessa e i villi placentari del tratto di uovo aderente avessero subìta la degenerazione grassa al nono mese.

Tale fenomeno di ritenzione di un feto morto, mummificato in un sacco amniotico secco è stato più volte notato in gravidanze gemelle; delle quali dopo la morte di uno dei fetini nella prima metà della gravidanza, continuando la vita nell'altro, le estese adesioni di questo non hanno dato occasione all'utero di contrarsi; e lo sviluppo progressivo dello stesso ha esercitato una pressione continuata sull'uovo sarcofago, tale da farne riassorbire il liquido e schiacciarne il fetino. La presenza di un fibroma è evidente che offre uguali condizioni.

Queste considerazioni menano a riflessioni sulla importanza del caso in riguardo alla polizia medica.

Esposi i miei sospetti di una data di fecondazione più prossima all'epoca dallo sgravo e la risposta della signora. Con il fetino alla mano e giudicando alla leggiera, sarebbe parso che io avessi avuto ragione. Il piccolo sviluppo dell'utero data la parte al fibroma, il fetino di dimensioni non superiore a quelle di quattro mesi, avrebbero forse bastato come prove di fatto di un capo di accusa, alla parte che si fosse sospettata lesa. Il marito era stato lontano dalla moglie dal Natale a poco prima dello sgravo!

Quindi i quesiti da quanto tempo era morto il fetino e se poteva essere stato trattenuto tanto tempo nell'utero.

Alla soluzione del primo quesito rispondono studi di medicina legale, per i quali sono classificati i cambiamenti subiti da un feto morto in ragione della sua età, del tempo di ritenzione presunto da segni ostetrici certi e dei mezzi ambienti nei quali il cadaverino si trovava. Su questo proposito è opportuno citare la descrizione della mummificazione fatta dal Lampereur (1) corrispondente allo stato del nostro fetino. « Al secondo periodo della vita intrauterina, dal terzo al sesto mese corrisponde un'alterazione particolare, a forma interamente distinta da quelle che si notano nei periodi precedente e seguente. L'embrione dotato di una forza di resistenza maggiore che nel primo periodo, provvisto di una trama ossea, fragile ed incompleta ancora ma pur tuttavia solida, composta di elementi organici nuovi, che hanno già una determinata tessitura, l'embrione non si liquefà più; conserva la sua forma primitiva se non il suo volume, che soffre una proporzionale riduzione in tutte le sue parti. Tale è la mummificazione, raggrinzamento, emaciazione, raccorciamento, disseccamento degli autori. Infatti l'embrione, pescando nel liquido amniotico come un frutto in un liquore, vi prova alcuni cambiamenti che si notano in questo caso. I tessuti ancora molli si concentrano, si restringono, si condensano sotto l'influenza di

(1) Regione in nota These 1867.

questa macerazione prolungata in un umore salino: donde diminuiscono di volume, si riducono ad uno strato più sottile, in una parola si cornificano. Il colore cambia anche, diviene terreo, grigio giallo oscuro. » A queste note caratteristiche mi permetto di aggiungere la osservazione di Santex, che cioè « la quantità di siero sanguinolento, esalato nelle diverse sierose, è minima e molto oscura e la colorazione rosea degli umori dell'occhio, appena notabile. Il liquido amniotico nei primi gradi dell'alterazione esiste ancora; *ma finisce per scomparire lasciando sull'embrione un sedimento terroso grigiastro*, analogo al deposito di acque straripate. Fintantochè dura il mezzo liquido il disseccamento definitivo è ritardato (1). » Dagli autori non è con precisione come per la macerazione stabilita la durata di tempo che un fetino ha dovuto passare per arrivare ad un grado determinato di mummificazione. Non v'ha dubbio però che questo è l'ultimo fatto, nè può avvenire, se non in un tempo relativamente assai lungo che il liquido amniotico si riassorba tutto. Non parrà quindi esagerato il credere che il processo osservato nel nostro fetino abbia voluto un tempo non inferiore ai cinque mesi. Ora se a questo tempo si aggiunga l'età del fetino di circa quattro mesi, presenta molto approssimativamente dalla lunghezza e dai punti d'ossificazione, si arriva a dare alla gravidanza la durata di circa nove mesi.

Finalmente il criterio clinico vuole esso pure tenersi in conto sul giudizio dell'epoca iniziale del concepimento e terminale della vita del suo prodotto. La signora narrò nettamente la prima amenorrea alla metà del novembre e alla metà di febbraio successivo i disturbi di stomaco, pesantezza al ventre ed un assieme tale d'incomodi che ricorse all'ostetrico. Questo l'assicurò del buon andamento della gestazione asserendole persino di avere uditi i battiti-cardiaco-fetali. Li sentì veramente, gli parvero o lo disse per tranquillizzare la paziente? Certo è che un cambiamento notevole nella gestazione, fino allora passata quieta, ci fu. E tali disturbi uniti alla cessazione di senso dei moti fetali, al senso di raffreddamento interno del ventre, l'accasciamento di questo per perduta tonicità dell'utero, la montata del latte e la cessazione dei fenomeni simpatici, sono fenomeni volgari ma pure veri e costanti che fanno affermare a molte donne la morte del feto, anche contro il parere del medico. E non s'ingannano!

Al secondo quesito sulla possibilità di ritenzione di feti morti per lungo tempo in utero, rispondono addrittura statistiche. Prescindendo dagli embrioni del primo trimestre che si liquefanno e lasciano il così detto *ovum inane*, e dai feti del terzo trimestre, dei quali le maggiori dimensioni e la più frequente macerazione e la prossimità al termine normale di gestazione non permettono una tolleranza a lungo protratta; si hanno per i feti del secondo trimestre chiari esempi di ritenzione dai due agli otto mesi entro la durata normale di gesta-

(1) *Alberations du fœtus*, 1868.

zione ed altri nei quali tale durata è oltrepassata. Basterebbero i seguenti casi riportati da Charpentier (1):

Monget	feto di	5 m.	espulso	al termine	di	12 m.
Johns	»	» 6 »	»	»	»	5-6 »
Olshausen . . .	»	» 3 »	»	»	»	8 1/2 »
Madge	»	» 4 »	»	»	»	11 »

senza parlare di quelli ritenuti per anni.

La facilità di tali ritenzioni si vede essere specialmente dipendente dai rapporti che conservano la placenta e la mucosa uterina. Fino a che i rapporti sono molto estesi non eccitano l'utero come corpi estranei, stimoli di contrazione: e fatti chiari lo dimostrano. Dohrn (2) espone un caso ove era una notevolissima sproporzione fra il feto e la placenta che continuava a crescere nell'utero dopo che quello, già a lungo ritenuto, veniva espulso. E le placente per siffatta ragione possono essere ritenute ben più lungo tempo che non gli stessi fetini ed essere espulse in buono stato, prova evidente della vita rigogliosa che hanno continuato a godere.

Oltre il già citato caso del Dohrn, piacemi aggiungerne altri tre ricordati dello Charpentier per passare ad alcune riflessioni sul mio. Nel primo la placenta fu espulsa 138 giorni dopo il fetino, nel secondo tre mesi dopo, raggrinzita e senza cattivo odore, senz'altri incomodi della paziente che perdite sanguigne leggiere di tanto in tanto; ed in un terzo caso, notato nel servizio del Dott. Guyot, la seconda fu espulsa 5 mesi dopo.

Nel mio caso fu espulsa? No. Si deve essere staccata lentamente per detriti. Non fu vista seguire il fetino nè allora nè nell'anno in cui ebbi in cura la signora. Le condizioni del collo e la forma della cavità uterina causata dal tumore non mi permisero di farne l'estrazione artificiale, nè manuale, nè strumentale. Finalmente le perdite mensili più abbondanti nei mesi prossimi allo sgravo che nei successivi provano anch'esse la permanenza della placenta ed il graduale suo sfaldamento. Alla quale dimostrazione concorre anche l'azione dei rimedi.

La ergotina e la ergotinina tanto vantate nella cura dei fibromiomi e per ridurre il volume e per frenarne l'emorragie valsero poco o punto. E non furono usate parcamente perchè l'azione miocinetica dell'ergotinina somministrata ipodermicamente, si spiegò più volte fortemente con crampi allo stomaco e cefalalgia e sonno istantanei, forse dovuti ad un rapido ed esteso angiospasmo cerebrale. Ma era naturale che il contrario accadesse per l'utero così anormalmente iperplasico e con una cavità rivestita da una mucosa ispessita per fun-

(1) *Traité d'accouchements,* I, pag. 949.

(2) *Scauzonis Beitrage.*

gosità deciduali. La durezza del tumore faceva credere che tessuto fibroso connettivale prevalesse su quello muscolare, e lo stato delle fungosità neoformate sulla mucosa avendo capillari affatto destituiti di tunica media o muscolare non potevano risentire l'azione del medicamento.

Da tante considerazioni cliniche, anatomo-patologiche e terapeutiche parmi ora di potere concludere che realmente la gravidanza avea cominciato nove mesi prima del parto, che però il feto era morto al quarto e che fu ritenuto per altri cinque mesi. Conclusione da cui emerge la riflessione di quanta prudenza e ponderazione occorra la pronuncia di un giudizio medico legale in simili contingenze.

Prima di terminare due parole su un nuovo mezzo di propinazione dei preparati ferruginosi nei casi di anemia cronica. La iniezione ipodermica accennata dal Dujardin Beaumetz, pare che da noi sia stata usata per primo dal Prof. D. Chiara nel dicembre 1884 nella sua Clinica ginecologica di Firenze (1). Si trattava di una inferma in miserrime condizioni di anemia cronica, per profuse metrorragie. Lo stomaco intollerante, le intestina paretiche non permettevano la somministrazione o per bocca o per clistere. Scelse la via ipodermica ed usò il citrato di ferro 0.10 in 1.00 di acqua distillata di lauro ceraso, due iniezioni al giorno. In otto giorni le condizioni della inferma erano migliorate e lo stomaco tollerava una cura ricostituente. In 20 giorni di trattamento notò le seguenti notevoli differenze nella composizione del sangue esaminandolo secondo il metodo di Hayem.

	Prima delle iniezioni	20 giorni dopo
Globuli rossi	1,302,000	3,503,000
» bianchi	5,425	6,200

ed il successivo miglioramento fu rapido e costante (2).

Incoraggiato da quel caso e trovandomi in condizioni quasi simili della mia inferma praticai la stessa cura e lo splendido risultato è notevole. Ho voluto chiamarci sopra di nuovo l'attenzione, perchè sia maggiormente diffuso tale metodo, di cui si possono avere indicazioni di necessità.

---

(1) La prima volta che il Prof. Chiara praticò le iniezioni ipodermiche con citrato di ferro fu nel giugno 1884. — Vedi *Ann. di Ost. Gin. e Ped.*, 1884, fasc. a gosto-settembre, pag. 522.

Nota della Red.

(2) *Ann. di Ost. Gin. e Ped.*, 1885, fasc. genn. e febb., p. I.

R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze

MINACCIA DI MORTE
PER ACCESSO DISPNOICO IN DONNA GRAVIDA TUBERCOLOSA

del Dott. A. MARTINETTI

Il dì 17 novembre u. s. entrava nella nostra clinica ostetrica Nann. Daria di anni 31 sigaraia, coniugata. Era gravida e la gravidanza toccava la fine del 5.° mese, e quello che la spingeva a cercare ricovero era un'affezione degli organi respiratorii. Ci raccontava di menare una vita assai faticosa, mentre il vitto non corrispondeva al bisogno essendo di qualità prevalentemente se non esclusivamente farinaceo, e bene spesso scarso. Sofferse rachitismo nei primi 5 anni d'età, ma non ne restano gravi traccie: sofferse gli esantemi della prima età, e a 27 anni contrasse la sifilide, in causa della quale è sempre stata anemica, debole, con quasi continua laringite; anzi in questi ultimi 4 anni per una minima causa contraeva facilmente una bronchite.

Circa alla sua vita sessuale ci racconta che mestruò a 18 anni, che detta funzione si stabilì normalmente, e sempre sotto tutti i rapporti si mantenne normale. A 22 anni prese marito, dal quale, avanti dell'attuale, era restata fecondata sei volte. Le prime tre gravidanze, tuttochè accompagnate da fenomeni utero-ovarici riflessi furono buone, toccarono felicemente il termine, e la Nann. spontaneamente partorì tre bambini sani e ben conformati. Nel corso della 4.ª contrasse la sifilide dal marito, e giunta al 7.° mese di gravidanza partorì un feto macerato; così pure le due successive gravidanze s'interruppero nel

corso del settimo mese, e nacquero sempre feti macerati (tutti spellati, dice la donna). Per combattere la sifilide fece uso di preparati mercuriali e di ioduro potassico. I puerperii furono tutti fisiologici, ma non ha mai allattato per mancanza quasi assoluta dei capezzoli.

Della presente gestazione ci dice che ebbe l' ultimo flusso mestruale a dì 29 giugno 1885, e che nei primi mesi soffrì vomiti nausee e qualche deliquio, ma però in modo tollerabile.

Quello che più la faceva soffrire era la tosse, che principiò col principio della gravidanza ed è sempre continuata insistente, a piccoli colpi e spesso accompagnata da dolori toracici. Spurgava eziandio un escreato muco-purulento lobulato, appiccicaticcio, in grande quantità. Escluse di avere sputato sangue, e neanche spurghi macchiati; non ci seppe dire di qual morte fossero morti i genitori. L'esame fisico del torace ci portò a posare la diagnosi di tubercolosi polmonare con piccole caverne agli apici e anteriormente in donna sifilitica e gravida alla metà del 5.° mese. La diagnosi della malattia toracica fu confermata dal trovare col metodo Koch i bacilli della tubercolosi negli spurghi.

La cura istituita per calmare la tosse, diminuire il dolore toracico e sostenere le forze dell' organismo per allontanare il più che ci fosse possibile i tristi effetti della malattia consuntiva, portò ben presto un discreto risultato, del quale contentandosi la donna, volle, il dì 22 novembre, contro il nostro avviso, tornare alla sua casa; e pare anche contro l'avviso del marito, che la ricevè malamente, anzi la percosse.

Cosicchè per il cattivo genere di vita e per l'interrotta cura ben presto peggiorarono le condizioni della sua salute, ed il giorno 2 del dicembre cercò di nuovo ricovero all'Ospedale. Ed anche questa volta si comportò a un bel circa nella stessa maniera, e migliorata alquanto il dì 13 dello stesso mese partì. Le stesse cause fecero sì che il 18 dicembre la Nann. dovè tornare all' Ospedale, e di bel nuovo migliorata ne partì il giorno 30. Ciascuna volta si notava un peggioramento assai marcato, ma che presto cedeva almeno nella sua fenomenia alle nostre cure.

La sera del 5 di gennaio dopo le ore 10 la Nann. fu accolta nell' Ospedale di S. Maria Nuova con diagnosi di grave vizio cardiaco, e fu tosto inviata alla clinica ostetrica perchè, come già dicemmo, la Nann. era gravida e oramai la gravidanza toccava la fine del 7.° mese: anzi diremo subito che l'utero per abbondante quantità di liquido amniotico era assai voluminoso, e che l'addome aveva al bellico una circonferenza di centimetri 95 e, al disotto quattro dita trasverse, centimetri 97. Ma in quel momento invero accertata la diagnosi di gravidanza endouterina semplice, quel che più premeva era di modificare le tristi condizioni degli organi toracici, della salute del feto non ci dovevamo preoccu-

pare. Infatti la donna si vedeva in preda di un grave accesso accesso dispnoico, tale da mettere in giusta apprensione. La faccia, le labbra in specie, le mani cianotiche: edematosi gli arti inferiori, fredda la superficie cutanea. Le vene giugulari molto ingrossate.

Esaminando i polmoni, tanto nel destro quanto nel sinistro si trovò che le caverne, riscontrate grandi quanto un uovo di gallina al primo esame, erano ora notevolmente cresciute sino a raggiungere il volume quasi di un' arancia. Dal suono timpanico, corrispondente a dette caverne, si passava tutto all'intorno su di un' area di ottusità, che si stendeva in basso e maggiormente nel polmone destro; e dove si sentiva appena per trasmissione il murmure respiratorio, ed anzi l'azione dell'aria vi suscitava pochi rantoli a piccolissime bolle: insomma la respirazione si può dire che non si effettuasse che nei lobi inferiori e assai malamente. Quanto al cuore si sentiva quasi all'apofisi sternale un soffio sistolico assai prolungato e piuttosto aspro. Evidentemente vi era insufficienza della tricuspidale, e questo (stando al principio emesso dal Jaccoud) (1) spiega il perchè con lesioni sì gravi del parenchima polmonare non si avesse mai avuto un'emottisi; mentre che se l'arteria polmonare con le sue diramazioni avesse portato la quantità del sangue, che portava quando la donna godeva la sua salute, e con la stessa pressione, certamente non sarebbe la donna sfuggita ad una emorragia che, viste le lesioni polmonari, abbiamo tutte le ragioni di credere che sarebbe stata gravissima.

Queste condizioni venivano peggiorate dal fatto che l'utero aveva ormai raggiunto un ragguardevole sviluppo; e a questo fatto volgeremo fra poco e brevemente la nostra attenzione. Cosicchè si avevano in quella donna molteplici cause di dispnea, che minacciavano di troncarne la vita da un momento all'altro. Urgeva il rimedio, e quì in gran parte è l'interesse del caso.

Al mattino seguente ore 10 antimeridiane fatta una lavatura vaginale disinfettante con soluzione di bicloruro di mercurio al 1/2 $^0/_{000}$ ci preparammo ad interrompere la gravidanza; e per questo attraverso il canale cervicale, lungo di tutta la sua lunghezza, introducemmo nell'utero una siringa elastica munita del suo stiletto, e cercammo di rompere le membrane; non vi riuscimmo con quello e mettemmo in opera la sonda a dardo; con la quale facilmente ottenemmo circa 500 gr. di liquido amniotico. Per adoprare un'espressione volgare, fu come mettere l'olio nella lucerna, il polso e la respirazione migliorarono notevolmente, cessò in gran parte la smaniosa agitazione, ed il senso di oppressione; qualche ora dopo diminuiva anche la cianosi, furono in sostanza scongiurati gli imminenti pericoli di morte.

---

(1) Jaccoud. Lezioni di Clinica Medica all'Ospedale Lariboisière. Trad.

Dopo 12 ore fu tolta la siringa, e, siccome la donna appariva assai sollevata non fu sostituita da altra siringa. Nei giorni 6, 7, 8, 9 facemmo uso di calmanti, revulsivi e ricostituenti. La temperatura solo una sera toccò i 38.° ; del resto oscillò fra 37,6.° e 36,5.° In questi quattro giorni le condizioni generali e locali della donna migliorarono in modo soddisfacente, o almeno lo stato morboso si estrinsecava con fenomeni meno allarmanti. Diminuirono quasi sino a scomparire gli edemi, la cianosi rimane appena alle labbra, le vene giugulari meno distese non erano quasi più visibili ; diminuito il soffio sistolico alla punta dello sterno ; e nei lobi inferiori dei polmoni la respirazione si effettuava assai regolarmente. Mi piace notare che le misure dell'utero prese le mattina del dì 6, avanti la rottura delle membrane, erano per la

Semicirconferenza longitudinale	cent.	24
» trasversale	»	21
Diametro longitudinale	»	23
» trasversale	»	19

La mattina del dì 10, quando cioè il liquido amniotico era tutto o quasi tutto uscito dal sacco per la puntura e per le contrazioni, sebbene non dolorose, dei giorni successivi, le misure erano per la

Semicirconferenza longitudinale	cent.	21
» trasversale	»	18
Diametro longitudinale	»	19
» trasversale	»	16

Si era quindi ottenuta una notevole diminuzione del volume dell'utero.

Il travaglio vero e proprio s'iniziò la mattina del dì 9 gennaio dopo le ore 10, alla quale ora si trovò scomparso completamente il collo, e poco dopo, verso le 11 ant., la dilatazione fra i 2 e i 3 centimetri. Ma il periodo dilatante fu assai lungo, e si protrasse per 22 ore, sino cioè alle ore 8 ant. del dì 10. A quest'ora cominciava qualche minaccia di accessi dispnoici, ma fortunatamente per la prematuranza del feto fu rapido il periodo espulsivo ; e alle ore 8,30 veniva alla luce un feto vivo e vitale di sesso mascolino del peso di grammi 1750, della lunghezza di centimetri 39 con un biparietale anatomico di 70 millimetri. Gli annessi, espulsi dopo cinque minuti, pesavano grammi 460. Dopo il secondamento fu somministrato un grammo di segale cornuta.

Ed ora con giusta apprensione ci si trovava di fronte al puerperio, che abi-

tualmente si sa che decorre fatale per queste povere tubercolose, massime per quelle in cui il processo consuntivo ha fatto gli enormi guasti, che nella nostra si riscontravano. Ma per il lato puerperale, nel vero senso della parola, niente ci fu di notevole e l'involuzione fu regolarissima, e solo ci limitammo ad impedire l'allattamento, e così il bambino fu passato al Brefotrofio degli Innocenti.

Dopo due giorni gli edemi e la cianosi erano affatto scomparsi. Il soffio alla punta sternale non sempre, anzi raramente si sentiva, le giugulari non più si vedevano; la respirazione nei lobi inferiori polmonari regolare. Agli apici le condizioni erano pur troppo deplorevoli. L' escreato lobulato, denso appiccicaticcio molto abbondante. I colpi di tosse nei primi giorni si mantennero frequentissimi, poi andarono diminuendo: la temperatura ebbe una massima di 37,6.° una minima di 36,6.°; sudori notturni. Ma in compenso l'appetito si manteneva buonissimo, e la donna si nutriva assai: discreta quantità di carne, uova, molto latte e generose dosi di vino del Chianti e di Marsala. Di rimedii farmaceutici non fu somministrato che cloridrato di morfina centigrammi 4, acqua grammi 120, siroppo semplice gr. 20: e questa pozione quotidianamente.

Or bene il dì 18 gennaio la donna, ostinata secondo al solito, ci annunziò che voleva partire. Allora le concedemmo di levarsi dal letto, ed infatti nei giorni 18 e 19 si levò e davvero era ammirabile il vedere come quell'organismo avesse ripreso tanto di forze, da non aver bisogno, almeno pel momento, d' un assistenza continua. Il giorno 20 gennaio, al braccio del suo marito, quella donna lasciò la clinica.

In sostanza il 5 gennaio ci era portata una gravida moribonda, ed il 20 dello stesso mese una puerpera, tubercolotica è vero ma relativamente in buone condizioni, ci lasciava.

Ben disse il Peter (1) che nello studio della tubercolosi delle gravide v' ha difetto d'osservazioni e d'analisi, e appunto da questo nascono le disparate conclusioni alle quali gli autori sono venuti. Così taluni affermarono che la gravidanza è utile alle tubercolose, altri che è indifferente, altri che è dannosa, e non pure questo ma che dispone eziandio alla tubercolosi.

È passato per fortuna il tempo in cui si potè credere che un processo morboso, solo pel fatto che si sviluppava in una donna in istato di maternità, prendesse una natura diversa; e così la tubercolosi nella donna, sia gestante, sia puerpera, sarà pur sempre tifo, ecc. E per questo si può subito affermare che data la causa tubercolosi gli effetti saranno sempre gli stessi, variando però nel loro modo di estrinsecarsi: e queste variazioni hanno per fattore

---

(1) Michel Peter. Leçons de Clinique Médicale.

principale il terreno nel quale si sviluppano, e per di più saranno in relazione e con l'epoca alla quale la gravidanza è giunta e col grado di sviluppo della malattia.

Diamo una breve occhiata al terreno. Nello stato di gestazione l'organismo della donna è portato in genere ad un lavoro maggiore, ma soprattutto la sua massa sanguigna va aumentando ciascun giorno in armonia collo sviluppo dell'utero e collo sviluppo del feto. Quasi per contraccolpo (e bene inteso dopo il cuore) l'apparato che più si risente dell'accresciuto lavorìo è l'apparato respiratorio, che deve ematizzare una massa di sangue molto maggiore di quello che abitualmente non faccia, e da questa nuova condizione di cose ne nasce la possibilità di congestioni polmonari.

Ma non in tutte l'epoche della gravidanza si fanno rilevanti queste condizioni, che anzi nei primi mesi pare che si verifichi uno stato di cose del tutto contrario. L'utero sviluppandosi con tutto l'apparato genitale è sede d'iperemia, e quindi, secondo la tesi sostenuta principalmente dal Dugès e dal Cullen, l'afflusso del sangue verso gli organi femminili della riproduzione, potrebbe essere considerato come un derivativo rispetto al polmone.

Ed ecco che dal considerare la gravidanza divisa come in due periodi, si si possono dedurre due conclusioni diverse circa gli effetti della tubercolosi: cioè si avrebbe il primo periodo come indifferente e talvolta apparentemente utile ed il secondo periodo, che sarebbe nocivo.

Il limite di divisione fra questi due periodi sarebbe all'incirca il quinto mese; e dico il quinto seguendo le idee del Peter, già citato, il quale dall'osservazione di molti casi avrebbe dedotto, che a datare da quell'epoca il feto cresciuto in volume domanda una massa più grande di sangue materno; e allora, per l'accresciuto lavoro del cuore della madre, appariscono in questa una serie d'accidenti cardiaco-polmonari, che si aggravano a misura che crescono e il volume del feto e i correlativi bisogni di lui.

Nel puerperio poi le condizioni delle tubercolose anderanno sempre peggiorando. Questo peggioramento trova la sua spiegazione nel fatto che l'afflusso di sangue all'utero viene a mancare e perciò gli organi genitali non funzioneranno più come derivativo rispetto al polmone.

Se nella nostra donna questo peggioramento non si avverrò, anzi per il poco tempo che stette puerpera in Clinica parve migliorata, si deve probabilmente all'insufficienza tricuspidale, per cui veniva a scemare la pressione sanguigna nell'arteria polmonare e nelle sue diramazioni; e al fatto che la dispnea in molta parte era portata dallo sviluppo considerevole dell'utero. E su questo cadde la nostra attenzione, e se non vi fosse stata la necessità di interrompere al più presto la gravidanza, avremmo volontieri messo in pratica la cura consigliata

dal mio maestro Prof. Chiara di aspirare cioè il liquido amniotico mediante la paracentesi, cura che si sta ancora studiando nel nostro Istituto.

Ad ogni modo la conclusione che potremmo trarre da questo caso, e dal considerare l'etiologia dei fenomeni morbosi nelle gravide, è che per causa meccanica si aggravano le condizioni delle tubercolotiche gestanti; e che quindi la cura più logica è la rimozione di siffatta causa. Seguendo per poco questo concetto ne risulta che inutile, anzi dannoso, sarebbe il cullarsi nella speranza di riuscire ad un buon resultato con una cura medica; l'unica cura possibile la chirurgica, cioè l'interrompere al più presto la gravidanza, se il quinto mese è passato.

RESTRINGIMENTI CICATRIZIALI DELLA VAGINA

Dott. GUÉNIOT

(Archives de Tocologie — 15 marzo 1886)

I casi di restringimento cicatriziali della vagina sono fortunatamente rari. Tuttavia a quando a quando può il medico trovarsi in presenza di uno di quelli. E siccome anatomicamente offrono una gran diversità di caratteri, il clinico resta talvolta molto perplesso sul modo migliore che sceglierà per combatterli.

Talora leggero, talora marcatissimo il restringimento può essere circoscritto in limiti ristretti, ovvero prolungarsi in una assai estesa superficie; può cioè raffigurare un semplice anello cicatriziale, oppure una specie di tramite che interessi o gran parte o tutta la vagina. D'altra parte o sia un semplice anello o sia un tratto più esteso, si trova spesso nella regione più alta della vagina che confina con l'utero.

La parte ristretta della vagina spesso è rettilinea, talvolta curva, talvolta irregolarmente sinuosa. In breve a tutte queste varietà di restringimenti corrispondono delle differenze nel grado de' suoi inconvenienti e nelle difficoltà di rimediarvi.

Non è mia intenzione di trattare qui tale questione in tutti i suoi particolari; io mi limiterò solamente all'esame di qualche punto speciale. Così io non farò che rammentare brevemente le principali conseguenze del restringimento, medesimamente le cause più comuni, per considerare poi questa lesione sotto il doppio aspetto della chirurgia operatoria e della pratica ostetrica.

I danni che risultano dal restringimento della vagina sieno leggeri, sieno gravi, possono essere divisi nel modo seguente:

1° Difficoltà o quasi impossibilità dei rapporti sessuali.

2° Difficoltà o quasi impossibilità della fecondazione.

3° Difficoltà o quasi impossibilità del deflusso del liquido mestruale.

4° Dolore più o meno vivo e più o meno persistente nel periodo mestruale.

5° Difficoltà o quasi impossibilità dell'espulsione spontanea del feto allorquando, malgrado l'ostacolo alla fecondazione, s'è iniziata la gravidanza ed ha sorpassato i primi mesi.

Aggiungerei come sintomo particolare, che più volte ho già riscontrato, la esistenza d'una iperestesia vaginale o una specie di vaginismo che aggrava notevolmente le condizioni della donna.

Quanto alle cause del restringimento cicatriziale si può dire che esse abitualmente derivino o da complicanze avvenute in travaglio (diverse operazioni, lacerazioni, necrosi) o da iniezioni caustiche fatte in vagina, e specialmente da quelle con percloruro di ferro, infine da ferite accidentali della regione, quando non sieno state convenientemente curate.

Queste nozioni essendo d'altra parte conosciute da tutti, permettetemi frattanto di riportarvi un fatto che, spero, non vi parrà privo di interesse.

Nel novembre 1884 ho visitato alle mie consultazioni una signora della provincia, che avendo partorito 14 anni avanti, non aveva più potuto, con grande suo dispiacere e del marito, restare incinta. Aveva 35 anni, era dotata di forte costituzione e di un bell'aspetto di salute. Conosceva del resto la causa della sua infecondità.

Infatti ella mi raccontava che nel suo unico parto era stata assistita da un medico molto vecchio, che malgrado l'estrema lunghezza del travaglio e la presenza della testa in prossimità della vulva, non aveva potuto decidersi a liberarla con una applicazione di forcipe. Ne era avvenuto oltre la morte del feto una piaga gangrenosa nello spessore delle pareti, e in seguito un notevolissimo restringimento della vagina. Per di più, qualche tempo dopo il parto, le si erano dovute fare numerose cauterizzazioni con nitrato d'argento.

In breve, dopo questi accidenti, non era più stato possibile il concepimento. I rapporti coniugali erano divenuti quasi impossibili e sempre accompagnati da dolori. Anche il flusso mestruale non si effettuava che con grande difficoltà e talvolta con dolori vivissimi.

Si capisce facilmente, dopo quello che vi ho detto, qual sorta di servizio quella signora venisse a chiedere alla chirurgia parigina. Voleva essere sbarazzata, se fosse stato possibile, d'un infermità dolorosa e di ostacolo ai suoi desideri di madre.

Io l'esaminai ed eccovi quello che potei constatare:

1° La metà inferiore della vagiua restava libera e normale, rappresentando un canale della lunghezza di 6 ctm. circa, che si terminava in una volta assai regolare.

2° Sul mezzo di questa volta si notava una fessura di 10 mill. con direzione trasversale; era questo l'orifizio inferiore d'un tramite tortuoso, che teneva luogo della metà superiore della vagina. Non fu diffatti che con molta difficoltà e grazie a delle inclinazioni diverse ch' io giunsi a far penetrare una sonda in questo canale, di cui le pareti erano indurite.

3° Col riscontro rettale si sentiva in avanti a 10 ctm. di profondità un corpo rotondeggiante, abbastanza solido, grande quanto un marrone, che era il collo dell'utero. Questo non si spostava con la pressione e pareva aderente alla massa cicatriziale della vagina.

Per quanto esser dovesse faticosa per le esposte circostanze, un'operazione io non credei di dovermi rifiutare; stabilii il giorno per eseguirla con i due medici ordinari della paziente. Siccome si trattava di operare nella provincia, io mi dovei munire di numerosi strumenti: dilatatori e doccie vaginali, speculum diversi, coltelli a lungo manico, bottonuti e a punta, isterotomi a lame nascoste, pinzette di presa, ecc. ecc. Con questo arsenale complicato io mi voleva garantire contro qualunque sorpresa. Ma dopo vari tentativi io non tardai a riconoscere che era quasi del tutto inutile; un semplice bisturì sulla guida del dito bastò per condurre a fine l'operazione; ecco d'altra parte come io procedei dopo aver prese le più scrupolose misure antisettiche d'uso.

La vescica e il retto furono svuotati, la paziente cloroformizzata e messa di fronte ad una finestra nella posizione ostetrica. Una sonda metallica fu messa a permanenza in vescica, poi divaricate con lo speculum del Sims e con un dilatatore speciale le pareti vaginali, io introdussi nel canale ristretto un dilatatore uterino a due branche. Di guisa che io potei tendere le labbra di questo orifizio, praticare su queste con tutta sicurezza dei piccoli sbrigliamenti ed allargare l'entrata del condotto cicatriziale. Ma mi fu ben presto impossibile continuare così: e portando il bisturì a quella profondità, non mi trovavo ad operare con comodo, perchè nonostante tutta l'attenzione posta dai miei colleghi, non giungevano a mantenere a livello del campo operatorio un sufficiente divaricamento delle pareti vaginali. L'occhio mal discerneva fra le pieghe della mucosa i punti in cui bisognava praticare le incisioni. Uno stillicidio sanguigno, moderatissimo, è vero, rendeva necessario di tempo in tempo l'adoperare una spugna, e così contribuiva ad oscurare il campo operatorio. In breve dopo aver percorso da uno a due cent. questo tramite cicatriziale io non avanzava più, ed io cominciava a disperare del successo del mio tentativo quando mi venne l'idea di sostituire il riscontro digitale alla vista come guida dello strumento tagliente; questa maniera di fare cambiò tosto l'andamento delle cose. Il mio indice sinistro, portato nelle ristrettezza del nuovo canale, premendo sui tessuti da dividere ora in avanti, ora indietro, ora a sinistra, ora a destra, in una parola in tutte

le direzioni successivamente, faceva così risaltare delle piccole briglie d'una durezza cartilaginea, che il bisturì man mano incideva, producendo un rumore secco che si sentiva a distanza. Di passo in passo camminando lentamente a piccoli colpi, io arrivai fino al collo uterino che pure era fissato allo indietro alla massa cicatriziale. Servendomi costantemente per guida del dito mentre che un aiuto teneva rialzata la parete anteriore vaginale, io potei ricostituire nella sua vera direzione e senza alcun accidente la porzione della vagina che era stata così gravemente lesa. Uno speculum bivalve fu applicato sino al fondo del nuovo canale; poi divaricate facilmente le sue valve fu constatato che la vagina aveva ripreso nella massima parte le sue dimensioni primiere.

Siccome i tessuti divisi erano d'origine cicatriziale, la quantità di sangue persa fu affatto insignificante, non sorpassò i 40 grm. L'operazione durò quasi due ore, durante le quali la paziente fu mantenuta costantemente sotto l'azione del cloroformio. Conviene aggiungere che nell'ultima mezz'ora fu fatta la nuova strada nella massima parte, aiutandosi solamente col dito e col bisturi.

Se io mi sono trattenuto sul processo che mi fu finalmente di sì grande soccorso, è perchè si tratta d'un'operazione non regolare sulla quale gli autori classici restano per così dire muti. Ora senza volere tirare da un fatto particolare delle deduzioni troppo generali, io non posso a meno di pensare che per i casi analoghi di ristringimento antico, il processo in quistione è il migliore, e in conseguenza a quello bisogna attenersi di preferenza.

Diffatti in queste condizioni speciali non è l'occhio che possa servire di guida sicura. Nella profondità della vagina la via è troppo seminata di scogli perchè la vista sempre insufficiente del campo operatorio possa dare al chirurgo la massima sicurezza. Il dito invece ci dà senza difficoltà le nozioni della consistenza dei rapporti e della direzione permettendo di guidare efficacemente l'istrumento tagliente.

Per mio avviso dunque in questi casi difficili in cui si debba ricostituire sul posto un canale quasi obliterato si deve costantemente ricorrere al bisturi guidato col dito.

Ho detto poc'anzi che i nostri autori classici mal si spiegano sul modo di procedere in questi casi: i due esempi seguenti permetteranno di giudicarne.

Se si consulta il « *Manuel de médecine opératoire de Malgaigne* (6e édition, 1853, pag. 703) si trova semplicemente a questo riguardo la relazione brevissima d'un fatto che lascia nello spirito molta oscurità. « In una donna che aveva un restringimento vaginale in seguito ad un parto, io ebbi, dice l'autore, a ristabilire le dimensioni di questo canale. Io cominciai dal dividere la cicatrice esterna che arrivava a livello della vulva: poi dopo la prima incisione io divaricai le pareti con l'indice spinto in avanti e a destra e a sinistra fino a che

arrivai in una piccola cavità in cui riconobbi il collo uterino. Bisognò per più di un anno mantenere dilatata la vagina con cilindri di genziana, ma infine la dilatazione rimase e si prestò completamente alle relazioni coniugali.

La donna sino al presente momento non è restata incinta.

Perchè il Malgaigne abbia potuto « divaricare le pareti col dito indice spinto in avanti, ecc. » bisognava evidentemente che il restringimento fosse di data recente, e prodotto da un tessuto poco resistente. Quello come si vede è un caso speciale relativamente facilissimo; ma che cosa dovremo pensare di quella vagina che restaurata e prestantesi completamente alle relazioni coniugali sembra tuttavia mettere un ostacolo al nuovo concepimento?

D'altra parte il nostro onorevolissimo Presidente, Alfonso Guérin, trattando il medesimo soggetto nei suoi *Elementi di chirurgia operatoria* (3ª ediz., 1864, pag. 642) si limita a riferire egualmente un fatto personale come appresso. « Le aderenze delle pareti opposte della vagina non possono essere distrutte, scrive il Guérin, che mediante una dissecazione attenta e prudente. In un caso io feci divaricare le pareti anteriore e posteriore della parte restata libera, respingengendole con valve affidate agli assistenti; poi incisi al fondo della vagina sulla linea di congiunzione delle due pareti: a misura che il mio coltello penetrava gli assistenti esercitavano sulle valve una pressione più forte, che finiva di separare le pareti, di cui io aveva inciso le aderenze.

Non si aveva che una piccola quantità di sangue perchè io operava con molta prudenza; ma mi bisognarono più sedute per arrivare sul collo dell'utero, che un dito introdotto in vagina sentiva allora facilissimamente. Io non aveva più che incidere qualche millimetro allorchè la malata, che era giovane, volle assolutamente tornare presso il suo marito.

« In sostanza, aggiunge Alfonso Guérin, questa operazione consiste nel divaricare le pareti della parte libera della vagina, e a incidere in direzione della linea che esiste al loro punto d'unione. »

Ebbene, che il nostro onorevolissimo Presidente mi permetta di ripeterlo, io penso che questo precetto, così da lui formulato e praticato, non è il migliore.

Diffatti così procedendo, colla guida cioè della vista aiutata dai dilatatori vaginali, il chirurgo non opera con sufficiente sicurezza. Il Guérin ci fornisce egli stesso la prova di ciò che dico, poichè per liberare la vagina dice che egli ha dovuto impiegare più sedute e non ha avanzato nella dissezione che con estrema lentezza unita a continuo timore. Ho già detto come anche a me, seguendo quel processo accadesse d'essere imbarazzato sino al momento in cui ebbi l'idea per guidarmi nella dissezione di sostituire il riscontro alla vista. Allora io potei avanzare spedito e completare in una sola seduta l'operazione.

Ma non è tutto il ristabilire la via obliterata; importa anche mantenerla aperta. Ora il canale artificiale che io aveva formato in un tessuto molto spesso e di una durezza quasi cartilaginea doveva essere predisposto a restringersi, ed anche a richiudersi a grado a grado. E per questo avanti di abbandonare la operata ebbi cura di avvertire i miei onorevoli colleghi, che mi avevano assistito, che la riapertura della vagina in quel caso non costituiva che un preliminare al successo definitivo, e che per questo non poteva essere ottenuto che con continui sforzi contro l'azione retrattile della nuova cicatrice. E per questo io consigliai di mettere in opera prima che si potesse i dilatatori meccanici e in ispecial modo lo speculum bivalve, e di non limitarsi in questa pratica che quando vi fossero stati fenomeni infiammatorii. A una certa epoca dovevano eziandio intervenire i rapporti coniugali come mezzo di dilatazione. Questi consigli furono certo seguiti, ma diversi incidenti s'opposero alla loro applicazione rigorosa.

La paziente guarì; pur nonostante un anno dopo l'operazione ella aspettava ancora la desiderata gravidanza. E in quel tempo (novembre 1885) io la rividi, ed eccovi il risultato del mio esame.

Il restringimento vaginale si era riprodotto, ma in un grado minore del primitivo. Il tramite cicatriziale, invece di essere sinuoso come l'antico, aveva una direzione rettilinea, di più la sua lunghezza mi parve minore, ed il suo diametro invece più largo. Questo misurava circa 10 mill. E così il flusso mènstruo poteva effettuarsi senza intoppo e senza dolori. Infine la porzione sana della vagina era un po' ingrandita, il che rendeva i rapporti coniugali meno difficili. In ultimo, sebbene molto limitato, il benefizio dell'operazione era innegabile.

Non mi occuperò altro della questione chirurgica; ma mi sia permesso d'aggiungere, sotto il rispetto ostetrico, diverse considerazioni pratiche sullo stesso soggetto.

Può la gravidanza aver luogo in alcune donne, sebbene l'esistenza d'un restringimento vaginale possa portare ostacolo alla fecondazione. In tal caso la gravidanza richiede un trattamento speciale, e deve l'ostetrico provocare il parto avanti il termine per prevenire le difficoltà meccaniche, che potrebbero prodursi in un parto a nove mesi?

A questo riguardo regna in Francia una dottrina, che io credo ottimamente fondata e che non mi par giusto lasciare in oblio. Si ammette generalmente che l'esistenza di cicatrici o di briglie nel condotto vaginale non costituisce per la futura partoriente un inconveniente tale, che vi sia bisogno di affrettare l'epoca del parto.

E la pratica infatti dimostra che in simili casi l'ostetrico arriva quasi, se

non sempre a salvare la vita della madre e del bambino. Fra i molti esempii, a me occorsi, io citerò il seguente:

In una signora, che aveva partorito una prima volta nei dintorni di Parigi, in condizioni specialmente difettose, erano rimaste, dopo larghe lacerazioni, una serie di briglie cicatriziali che formavano rilievo nella vagina. Dodici mesi dopo sopravviene una nuova gravidanza, che io dovei sorvegliare. Nonostante la lesione vaginale fu il decorso della gravidanza regolare, come del resto era stato quello della prima.

Però come fenomeno degno di nota rammenterò un' iperestesia vulvo-vaginale, che rendeva molto doloroso il toccare quelle parti, e che non scomparve, come vedremo, che dopo il taglio delle briglie cicatriziali.

Venuto il termine della gravidanza, il feto si presentò nella prima posizione del vertice. Fu lungo il periodo dilatante e durante tutto il travaglio il riscontro vaginale, causa il vaginismo, destava paura alla paziente. Finalmente la testa arrivò al piano perineale. Gli sforzi volontari si aggiungevano alle valide contrazioni uterine; i tessuti si assottigliarono e si dilatarono assai rapidamente sino a dare al perineo un' estensione di 8 ctm. dall' avanti all' indietro. Ma da quel momento per lo spazio di un'ora la testa fu spinta invano contro l'ostacolo, e non avanzò più un millimetro e la vulva restò chiusa.

A ciascun sforzo espulsivo il perineo, per quanto sottile, non si vedeva tumefarsi in avanti, che anzi si deprimeva sensibilmente secondo una linea obliqua che dalla destra della vulva si dirigeva verso l' ano. In questa depressione si notava del tessuto cicatriziale della lunghezza di 4 a 5 centim. D' altra parte col dito portato in vagina si constatava la presenza di tre briglie cicatriziali dure e rilevate, che erano come scalate dall' avanti all' indietro, cioè dalla forchetta verso la profondità. Partivano dal lato destro della vagina a livello della branca ascendente dell'ischio per guadagnare la linea median a del piano pelvico. Durante gli sforzi d'espulsione la testa fetale veniva a impun tarsi contro questo ostacolo inflessibile e non avanzava per niente. Il centro del perineo, fissato per i tratti cicatriziali all'ischio di destra, provava solo il movimento di depressione che ho detto dianzi.

Io non attesi più oltre; mi parve evidente che le forze della paziente si spossavano invano contro quell'ostacolo.

Con un bisturì bottonuto io divisi successivamente ciascuna delle 3 briglie; la più profonda, che era anche la più rilevata fu incisa in due punti.

Il dolore come la perdita sanguigna furono del tutto insignificanti.

Non appena furono effettuati questi sbrigliamenti l'iperestesia vulvo-vaginale sparì come per incanto, e la testa fetale, efficacemente spinta in avanti, dilatò la vulva per disimpegnarsi in modo normale al difuori.

Il feto era di sesso maschile, ben conformato, del peso di 3 chil.

Quanto alla madre ebbe un puerperio normale, e la cicatrizzazione delle piccole piaghe, dovute al bisturì, si fece in modo facile. Così in una terza gravidanza, che ebbe luogo qualche anno dopo, l'espulsione del feto si fece tanto rapidamente, che, nonostante che io mi affrettassi, io non giunsi che dopo la nascita del feto. Questo fatto ed altri analoghi dei quali più volte fui testimone non fanno che confermare quello che io dissi più sopra parlando della ben fondata pratica francese.

Non desterà dunque meraviglia la risposta ch'io credei dover fare alla lettera seguente che mi fu spedita con la data del 27 novembre 1883 da un distinto nostro collega dell'Isola da Haïti.

« *Signore e caro maestro.*

« Valendomi della mia qualità di ex medico esterno del vostro servizio nel 1868 io mi permetto di domandarvi un consiglio relativamente ad un caso che mi interessa personalmente.

« Si tratta della mia sposa; essa ha 32 anni, ha avuto 4 bambini e 3 aborti; dopo l'ultimo suo aborto (or sono 8 mesi) e che avvenne a 4 mesi e mezzo di gravidanza, successe un' emorragia per aderenza della placenta; io dovrei ricorrere al tamponamento con batufoli di cotone, di cui il primo era imbevuto di percloruro di ferro. Il liquido (sembra) produsse una cauterizzazione della mucosa vaginale, perchè tre mesi dopo io mi accorsi che al fondo della vagina e a un centimetro al davanti del collo si era formato un anello cicatriziale che lasciava appena passare l'estremità dell'indice.

« Sembrava che in queste condizioni non potesse esser più possibile il concepimento ed invece oggi la mia signora è incinta da due mesi.

« Io vi domando che vi si ha da fare; sarà egli possibile il parto dilatandosi spontaneamente il restringimento? Sarà possibile con un'incisione a destra e a sinistra? Queste incisioni prolungandosi al momento del passaggio della testa potranno portare delle lacerazioni molto gravi? Bisogna aspettare? Oppure è meglio provocare un aborto a scopo medico verso i tre mesi e mezzo?

« Ecco la questione sulla quale, ne sono certo, vi compiacerete illuminarmi con la vostra scienza e con la vostra esperienza.

« Vogliate aggradire, ecc. »

Come ben si pensa io mi affrettai a rispondere al nostro collega a questo modo:

1° Che la gravidanza poteva entro certi limiti rammollire la cicatrice e prepararne la dilatabilità.

2° Che pure ammettendo come cosa probabile che questa influenza della gravidanza fosse molto limitata; tuttavia il feto durante il travaglio avrebbe allargato fino ad un certo punto l'anello cicatriziale, e in ogni caso l'avrebbe spinto fino alla vulva.

3° Che in questa ultima condizione il restringimento avrebbe potuto sempre essere rimosso senza molta difficoltà e che per evitare qualunque lacerazione dannosa al suo livello, sarebbe bastato praticare degli sbrigliamenti multipli e poco profondi.

4° Infine (come conseguenza di queste diverse eventualità) non vi sarebbe stato luogo secondo me di provocare il parto avanti il termine.

Sette mesi dopo questa risposta io ricevetti una lettera in data del primo luglio 1884 e che era così concepita:

« *Signore e caro maestro.*

« Ho atteso qualche mese avanti di rispondere alla vostra gentile consultazione del 5 gennaio scorso per potervi dire il risultato della cura.

« Malgrado l'avviso di una celebrità medica di New-York, che mi aveva consigliato a provocare l'aborto come unico mezzo di vincere la difficoltà, io ho preferito seguire i vostri consigli.

« La gravidanza ebbe un corso regolare, il travaglio cominciò venerdì 27 giugno alle ore 5 del mattino. Alle ore 9 il collo era dilatato da 5 a 6 ctm. e l'anello cicatriziale aveva ceduto in proporzione. La testa discese nel canale, ma a misura che si avanzava respingeva davanti a sè l'anello senza sorpassarlo. Verso le 11 ella si trovava a 5 cent. dalla vulva, il collo uterino era completamente dilatato e la testa lo aveva sorpassato; l'anello però resisteva tuttora. Allora io feci in alto a destra, a sinistra, in basso, le incisioni di 5 mm. ciascuna, in modo di potere applicare le branche di un piccolo forcipe. Presa la testa il parto fu terminato senz'altra difficoltà.

« Le vostre previsioni si sono dunque completamente realizzate, ed io sono ben felice di aver trovato nei vostri consigli la calma che mi occorreva in simile circostanza.

« Vogliate aggradire di nuovo tutti i miei ringraziamenti, ecc. »

Così anche questa volta la pratica francese fu la buona pratica. Saremmo dunque male inspirati se ce ne allontanassimo (1).

MARTINETTI, *Trad.*

---

(1) Memoria letta nella seduta del 14 gennaio della Società d'Ostetricia e Ginec. di Parigi.

RIVISTA ESTERA

L'uso delle iniezioni d'acqua calda in ginecologia. (Dalla Prefazione del **Budin** al *Trattato di Ginecologia* di Berry Hart e Freeland Barbour — Trad. Francese del Dott. Crouzat. — Paris, Ad. Delahaye et Lecrosnier, 1886).

Il Prof. Budin premette alle considerazioni che fa sull'uso delle iniezioni d'acqua calda in ginecologia, tre casi clinici, scegliendoli fra i molti che potrebbe citare. L'uno riguarda una signora di Pietroburgo la cui vita era minacciata da gravi metrorragie per fibromi uterini. Tentate tutte le cure mediche invano per consiglio del Budin furono fatte iniezioni d'acqua calda fra i 45° e i 50° gradi centigradi, e in 12 giorni la malata si trovò fuori di pericolo, anzi in così buono stato che potè fare il lungo viaggio da Parigi a Pietroburgo.

Il 2° caso riguarda una donna di 50 anni, che all'età della menopausa fu presa da metrorragie, che nessun mezzo valse a frenare. Anemia estrema: minaccie di sincope. Con le iniezioni d'acqua calda in due settimane si potè considerare guarita la donna.

Il 3° caso di donna con fibromi uterini, che davano gravissime menorragie. Le iniezioni d'acqua caldissima, accettate con diffidenza, arrestarono la perdita in pochi giorni. Nei mesi successivi la malata faceva un uso intermittente di siroppo d'ergotina; e se le mestruazioni si potraevano per 8-10 giorni si faceva delle iniezioni vaginali d'acqua caldissima. In capo a qualche tempo i fibromi erano molto diminuiti di volume.

Molti altri casi potrebbe aggiungere che provano l'utilità delle iniezioni vaginali d'acqua calda. Nelle metriti tolgono il dolore e l'emorragie, nelle infiammazioni del tessuto cellulare periuterino tolgono la sensibilità e la congestione. Giovano anche a ridurre al suo posto l'utero in certi casi di retroversione.

Devono esser fatte mattina e sera, stando la donna in letto. Bisogna farle con dolcezza e guardare che l'acqua sia sempre calda. Ordinariamente basta una temperatura di 40°, nei casi di metrorragia la temperatura dev'essere la più elevata possibile giungendo per gradi sino a 50°. Le donne facilmente si avvezzano e in una settimana la temperatura si può portare da 35° a 50° come ha constato l'Emmet.

Le iniezioni d'acqua calda sono utilissime anche in ostetricia. — Secondo Pinard attivano la dilatazione dell'orificio uterino e abbreviano tutti i varii periodi del travaglio.

Arrestano l'emorragie nei casi di lacerazioni vaginali e di estese lesioni del collo. L'A. riferisce due esempii di emorragie dovute a lacerazioni vaginali, arrestate con l'iniezione di acqua che da 45° fu portata a 50°.

Facendo le iniezioni endouterine subito dopo il parto basta una cannula qualunque, perchè il deflusso del liquido è assicurato dal fatto che l'orificio è largamente beante: nei giorni successivi bisognerà adoprare una sonda a doppia corrente.

In emorragie uterine ottennero risultati completi adoperando le iniezioni i Dottori Bar e Maygrier: quest'ultimo adoperava una soluzione del liquore del Van Swieten a 43°.

Le controindicazioni non sono ancora bene formulate, e alcune punti han bisogno di essere precisati, come la temperatura del liquido, la durata dell'iniezione, quante volte dev'essere ripetuta nel giorno, l'intensità della corrente, la situazione della donna. Ma frattanto i molti fatti raccolti ci dimostrano quali e quanti grandi servizi ci possiamo attendere da un metodo di cura relativamente così semplice.

Calcolo della ghiandola vulvo-vaginale. — *(Am. Journ. of. med. Sciences.* Octobre 1885 — **M. A. Vittoria Scott** di Filadelfia).

In una donna di 49 anni, che aveva partorito una volta sola, tre mesi dopo la menopausa, avvenuta a 43 anni, si formò un ascesso dentro il gran labbro destro, a livello della commissura posteriore, che si aprì e ne scolò molto pus. A sinistra pure si produsse lo stesso fatto, e d' allora in poi la malata soffrì dolori nella deambulazione, dolori alla regione lombare, alle coscie, alle anche, e specialmente a destra. Queste condizioni durarono ora aggravandosi, ora migliorando per due anni.

Nel giugno decorso si constatava col riscontro vaginale la presenza di due cisti, comunicanti con la ghiandola vulvo-vaginale e situati a circa 2 cent. dall'ostio vaginale. Facendo contemporaneamente il riscontro vaginale e rettale si constatava al centro di ciascuna cisti un nucleo duro della grossezza di un pisello. Aperte le cisti se ne estrassero due piccoli calcoli biancastri, rotondo e lisci: il destro aveva 5 mill. di diametro, il sinistro 3 mm. Non vi fu quasi perdita di sangue. Cauterizzazione con acido cromico. Rimasero due piccole fistole.

Secondo le idee del Dott. Robert, P. Harris e come parrebbe provato dal caso esposto, la causa delle infiammazioni della ghiandola vulvo-vaginale sarebbe l'arresto della secrezione delle ghiandole del Bartolini per un'atresia del canale, escretore, o piuttosto il deflusso sarebbe trattenuto da una cisti, formatasi nel parenchima stesso della ghiandola e non corrispondente col condotto naturale.

Generalmente nelle giovani il gonfiore si forma al di dentro e lungo il gran labbro al livello della commissura anteriore; oppure al difuori al livello della piega vulvo-femorale; la cisti è allora situata al disotto delle grandi o delle piccole labbra. Ma nel caso citato il gonfiore cominciò a livello della commissura posteriore, sotto il canale escretore della ghiandola, e si stendeva lungo la parete vaginale, dove veniva ad aprirsi.

Un caso di distocia materna osservato dal Dott. **Lugeol.** *(Giornale di Medicina* di Bordeaux, 17 gennaio 1886).

S. M. di 26 anni fu portata alla Maternità del Pellegrino il 5 novembre 1885. Molto anemica e di debolissima costituzione. Mestruò a 15 anni, ed i successivi catamenii, regolari pel periodo di ritorno, furono scarsi e di breve durata, 1 sol giorno. Era molto leucorroica. A 24 anni abortì a tre mesi e senza causa apprezzabile. Qualche mese dopo contrasse la sifilide, che fu malissimo curata.

L'attuale gravidanza risaliva al febbraio: al 6° mese soffrì una pleurite sinistra e ne guarì; all' 8° una pleurite destra, e mentre per questa era all'Ospedale, le fu somministrato il siroppo del Gibert. Si erano constatate manifestazioni sifilitiche ed un indurimento del collo, giudicato della stessa natura. — Il 5 ottobre? (novembre) fu mandata alla Maternità, dove le fu fatto prendere un bagno al sublimato. Feto in presentazione del vertice sullo stretto superiore in posizione O.I.S.A. La C.V. si calcolò 90 mm. Il collo presentava un indurimento generale specie del labbro posteriore; era impossibile introdurre nel canale cervicale l'apice del dito: il collo aveva tutta la sua lunghezza. La vagina era calda e tappezzata da granulazioni: sulla parte inferiore delle due grandi labbra vi erano due placche mucose di forma ellittica, della larghezza di un pezzo di 2 lire: vi era uno scolo liquido, spesso nauseabondo. L'esame con lo speculum ci scoprì un collo largo, tutto esulcerato, con i labbri rovesciati fra i quali scolava un liquido uguale al già descritto.

La bocca e la retrobocca erano sede d'ulcerazioni. La donna aveva perduto i capelli.

S. M. presentava tutte le manifestazioni d'una sifilide costituzionale, e l'A. crede dover ripetere l'indurimento del collo sia dall'ulcera primitiva, di cui la cicatrizzazione avrebbe portata questa atresia, sia dallo sviluppo di un'iperplasia secondaria. Fu somministrato il liquore di Van Swieten.

Il 7 novembre a ore 5 pom. rottura del sacco amniotico e cominciò il periodo dilatante. Il dì 8 furono fatte molte lavande vaginali calde con soluzione di sublimato, ma inutilmente, e la sera alle 10 pom. dopo 17? (29) ore che erano scolate le acque, l'orificio esterno dilatato come 2 lire, era sempre duro, teso e spesso; le contrazioni sempre più energiche non portavano alcun effetto utile. Le condizioni generali della donna si facevano gravi. Il battito cardiaco fetale rapidissimo ma regolare.

Per liberare la donna furono fatte con un bisturì 4 incisioni sull' orificio.

Fu tentata una prima applicazione di forcipe, che non potè esser messo in sito; dopo un quarto d'ora l'applicazione riuscì, introducendo prima la branca destra che nel primo tentativo non fu possibile introdurre. Le tirate furono esercitate per circa 10 minuti e la testa disimpegnandosi in posizione occipito-pubica produsse una lacerazione non completa. Feto asfittico non rianimato. — Secondamento spontaneo dopo 20 minuti. Emorragia di circa 1000 grammi frenata con iniezioni ipodermiche d'ergotina e lavande vaginali di acqua calda con percloruro di ferro. Il neonato pesava 2800 grammi e non presentava nessuna manifestazione sifilitica.

Il dì 22 novembre la donna moriva dopo aver presentato una fenomenia un po' irregolare di endometrite settica.

La necroscopia fatta dal Dott. I. Chambrelent fece rilevare poco liquido purulento nella cavità peritoneale: versamento nella pleura destra: utero contratto senza ascessi nello spessore delle pareti; vasi linfatici e venosi apparentemente sani: nella parete inferiore interna dell'utero materia purulenta rosso-nerastra, fetente. Si trovò che l'incisioni fatte si erano prolungate in lacerazioni, che interessavano la mucosa e qualche fibra muscolare uterina. Collo si può dire non ne esistesse più; i bordi sfrangiati, di color nero e con qualche nucleo indurito. Fegato grasso, la cistifellia molto distesa: gli altri organi non furono esaminati.

E. Schwarz. — Governo dell'aborto. *(Volkm. Klin. Vertrage).*

Nei casi di travaglio abortivo o si ha speranza che questo si possa evitare, o l'aborto dovrà inesorabilmente accadere. Nel primo caso non si ha che a prescrivere il riposo e i preparati d'oppio.

Ma per di più può l'uovo o essere intero o essere rotto. Se è intero l'A. per frenare l'emorragia consiglia il tamponamento; e ove l'espulsione dell'uovo tardasse si devono praticare iniezioni fredde contro il segmento inferiore dell'utero e nel collo; ed in seguito dilatare il canale cervicale con la laminaria. Se l'uovo è rotto dilatare il collo coi dilatatori del Fritsch, ed estrarre con le dita l'uovo; dato poi il caso che qualche frammento restasse nella cavità uterina bisogna fare il raschiamento col cucchiaio e quindi un'irrigazione endo-

uterina, e questa se vi è emorragia, dev' essere praticata con acqua ghiaccia o fredda con entro acido fenico o bicloruro di mercurio. Ma soprattutto deve il medico adoperare le più scrupolose misure antisettiche.

Dagli *Annali della Società medico-chirurgica di Liegi*, febbraio 1886, tolgo le conclusioni alle quali è giunto il Dott. F. Fraipont in una memoria da lui fatta sulla cura palliativa del cancro uterino mediante il raschiamento.

Esposte varie osservazioni l'A. dunque conclude:

Il raschiamento delle parti rammollite del carcinoma uterino, seguito da una cauterizzazione poco profonda della piaga formata, è un' operazione semplice, facile a eseguirsi e quasi assolutamente innocua, purchè ella sia eseguita con le più scrupolose misure antisettiche ed anche con prudenza, dolcezza e leggerezza. Essa può essere impiegata in casi apparentemente disperati e produrre un complesso di bene che non è certo da disprezzarsi; ella arresta quasi subitamente l'emorragia, calma i dolori che possono essere causati dalle secrezioni trattenute nella cavità uterina, diminuisce lo scolo leucorroico. Ma quest' ultimo è molto più dominato dalla cura dopo l'operazione che consiste nell'applicazione di pezzetti di garza iodoformizzata lasciati in posto per più giorni dentro la piaga e nelle irrigazioni vaginali fenicate tiepide. Le pazienti sottratte a queste principali cause d' indebolimento ritrovano l' appetito e il sonno, le forze ritornano e la cura interna tonico-ricostituente può agire con maggiore efficacia.

Quando non si può sempre guarire un'ammalata si può esser certi di sollevarne i dolori, eppure anche di prolungarne la vita.

Dott. **Lowenthal.** — Soppressione artificiale di mestrui nella clorosi. *(Médical News,* 6 febbraio 1886).

Come cura della clorosi l'A. riferisce 33 osservazioni in cui la soppressione artificiale della mestruazione ha dato i migliori risultati. Il metodo consiste in questo: Quando una donna è mestruata le si fanno delle iniezioni d'acqua calda a 50° tenendola in riposo a letto; difficilmente l'acqua ghiaccia dà migliori re-

sultati della calda. Fra le donne sottoposte a questo trattamento 18 erano clorotiche, 2 molto isteriche, 3 convalescenti di gravi malattie. In queste ultime fu molto abbreviata la convalescenza. In una isterica il miglioramento fu notevolissimo. Con una rapidità sorprendente guarirono tutte le clorotiche dopo aver determinata la soppressione de' mestrui da 2 a 5 volte e senza l'aiuto d'alcun rimedio interno. Non si nota mai alcun incidente spiacevole.

Linhenfeld. — Isterectomia vaginale. — *(Centralblat für Ginaek.*, N. 52, 1885).

Sono cinque casi di estirpazione totale dell'utero dalla vagina, seguiti da guarigione. Tre dei casi medicati senza drenaggio, due con il drenaggio. In tre casi invece di fare il capitombolo posteriormente l'ha fatto arrovesciare in avanti disimpegnandolo sotto l'arcata del pube. Non ha osservato prolasso degli intestini. Sconsiglia il drenaggio e si trova soddisfatto dal lasciare aperta la ferita e fare il tamponamento con garza iodoformata.

MARTINETTI.

NOTIZIE

SECONDA RIUNIONE DELLA SOCIETÀ ITALIANA

DI

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Giusta la deliberazione presa nel settembre ultimo scorso a Perugia questa seconda riunione fu tenuta in Roma nella R. Università, aula terza.

Presiedeva il Prof. Ottavio Morisani, lo coadiuvavano il Vice Presidente Prof. Ercole Federigo Fabbri, il Cassiere Dott. Giulio Kirch, i Segretari Dottori Carrara e Bompiani.

Molti soci, assai più della metà, vi si trovarono presenti; e vennero fatti, in ordine cronologico, le seguenti comunicazioni:

Prof. *Domenico Chiara* di Firenze — Castrazione, estrinsecazione ed enucleazione de' fibromiomi dell'utero — Casistica.

Prof. *Ottavio Morisani* di Napoli — Statistica della sinfisiotomia e critica relativa.

Lo stesso — Nuovo processo di perineorafia.

Lo stesso — Occlusione della vulva e formazione di una fistola vaginorettale nelle fistole vescico-vaginali irreparabili.

Dott. *Lauro* di Napoli — Del bacino cifotico e del meccanismo di questa deformazione pelvica.

Lo stesso — Un caso di straordinaria inclinazione del bacino per anchilosi coxo-femorale (destra).

Dott. *Giulio Kirch* di Firenze — Un caso di gravidanza quinquegemella.

Prof. *Rosario Pugliatti* di Messina — Nota preventiva sul vaccino in gravidanza.

Dott. *Mancuso* di Napoli — La incisione bilaterale del collo uterino nella cura delle metrorragie da fibromi.

Dott. *Emilio Fasola* di Firenze — Dei cistomi dell'ovaio intralegamentosi e tecnica operativa relativa.

Lo stesso — La sclerosi sifilitica del segmento inferiore dell' utero quale indicazione del taglio cesareo — Casistica — Presentaztone di preparati microscopici.

Lo stesso — Un caso di operazione cesarea secondo il metodo Sänger, seguita dal metodo Porro, per emorragia grave da inerzia dell'utero.

Prof. *Daniele Baiardi* di Firenze — La evoluzione nella donna durante la gravidanza — Presentazione di preparati microscopici.

Prof. *Ercole Federigo Fabbri* di Modena — Meccanismo della conversione delle posizioni occipito-posteriori in anteriori.

Dott. *Roncaglia* di Modena — La elettricità in ostetricia.

Prof. *G. Madruzza* di Perugia — Nevrosi e gravidanza — Casistica.

Il Dott. *Kirch* presenta il nuovo decollatore-forbice del Dott. Vittorio Frascani di Pisa (V. n. prec.).

Le comunicazioni diedero quasi tutte luogo a vive discussioni, e qualche argomento, che per la sua importanza e novità non venne trattato, fu inscritto nell'ordine del giorno per la riunione ventura, nella speranza che il comitato dirigente non voglia eccepire.

Nella seduta del dì 22, che fu l'ultima, la Società, giusta la disposizione dello Statuto, procedette alla nomina del Comitato dirigente e alla scelta della città sede della terza riunione.

Il Comitato riuscì composto come segue:

Prof. Ercole Pasquali, *Presidente*
Prof. Giovanni Calderini, *Vice-Presidente*
Dott. Emilio Fasola, *Cassiere*
Dott. Giulio Kirch, *Segretario*
Dott. Lolli Ghetti, *Segretario.*

La città scelta per la terza riunione fu ancora Roma, e nel tempo delle Ferie Pasquali dell'anno venturo, salvo che qualche circostanza straordinaria induca il Comitato a convocare la Società per un'altra epoca che potrebbe apparire migliore.

A questo breve cenno terrà dietro in questo medesimo giornale la pubblicazione del rendiconto sommario, redatto dai signori Segretari e delle comunicazioni che saranno inviate a tempo debito dagli autori.

NECROLOGIO

Il Prof. **Courty**, uno dei redattori del giornale « *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* » è morto. I molti meriti che egli si era acquistati come scienziato e come pubblicista faranno apprendere con dolore al mondo medico la morte di lui.

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano. — Tip. Pietro Agnelli, Via Pietro Verri 16.

Fig. 1.

Fig. 2.

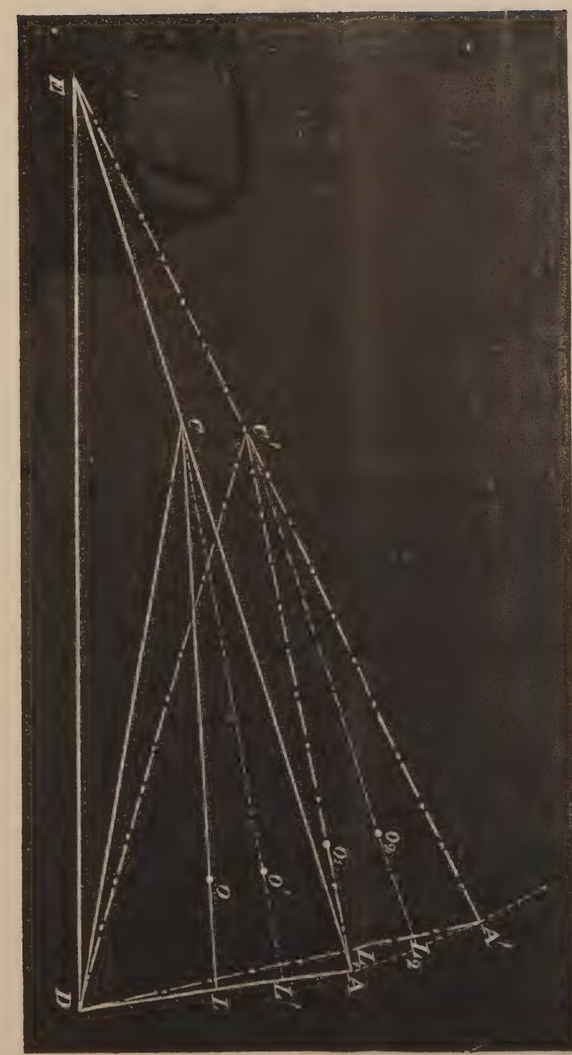


Fig. 3.

Fig. 4.

Vol. VIII. Aprile-Maggio 1886 N. 4-5.

ANNALI

DI

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS LIBRARY

CHIRURGIA ADDOMINALE

UNA NUOVA INTERESSANTE CONTRIBUZIONE

del Dott. PAOLO NEGRI
Professore Direttore della Scuola Pareggiata di Ostetricia in Novara

> I nostri successi per quanto sorprendenti lasciano una impressione fugace, ma le *catastrofi* da chiunque procurate pur troppo la lasciano duratura. . .
>
> . . . . . .
>
> Procuriamo pertanto, per quanto sta in noi, di rendere peregrini questi infausti episodi, od almeno saperli confondere e mascherare con eventi meglio rassicuranti.
>
> BOTTINI. *La estirpazione totale dell' utero dalla vagina.* — Milano, 1881.

I.

Sul taglio cesareo alla Porro e sull'amputazione sopravaginale utero-ovarica per indicazioni ginecologiche.

A) Fatti clinici.

Osservazione prima.

SOMMARIO: *Primigravida rachitica con marcatissima deformazione pelvica — Indicazione assoluta dell'operazione cesarea. — Inizio di parto prematuro spontaneo al principio del 9° mese — Operazione il 10 luglio 1885 — feto vivente — guarigione rapida della donna.*

Clinica Ostetrica di Novara N. 61 del 1885. Pia.... di anni 18, di nessuna professione, perchè impossibilitata ad accudire a qualsiasi utile cosa, viene accolta nella Clinica il 20 giugno 1885, proveniente dalla vicina Mortara.

Ricorda che tra i 10 ed i 12 anni le fu lungamente resa impossibile la

deambulazione per dolore agli arti inferiori: ebbe pure lunghe sofferenze con gonfiezza e suppurazione prolungata alla mano destra, al ginocchio destro ed in vicinanza del cubito pure destro. Da quell'epoca incominciando a camminare dovette far costante uso di una stampella.

Fu mestruata per la prima volta ad 11 anni; il tributo mensile comparve in seguito piuttosto irregolarmente; negli ultimi anni fu in genere regolare per l'epoca, non accompagnato da dolori e della durata media di 3 giorni.

L'ultima mestruazione sarebbe avvenuta, al dire della donna, il 28 ottobre e sarebbe terminata il 1° novembre, epoca nella quale avendo persona cui era stata affidata la Pia, indegnamente abusato di lei, sarebbe ingravidata.

Non ebbe a provare da quell'epoca disturbo qualsiasi, solo scomparve in modo assoluto la mestruazione: per quanto si facciano indagini, sarebbe stato pure assente qualsiasi fenomeno simpatico gravidico.

Esaminata subito dopo il suo ingresso si trova essere in discrete condizioni generali, fatta astrazione di un certo grado di oligoemia proprio del resto a tutti gli abitanti della regione dalla quale proviene la gravida, zona eminentemente palustre. Un rapidissimo sguardo gettato sul corpo della donna lo mostra di bassa statura (m. 1. 32) con note eminentemente palesi della subita rachitide, specialmente agli arti inferiori. Quasi non bastasse la rachitide si osservano esiti di osteo-periostiti alla mano destra, al ginocchio ed al cubito destro, esiti che portano inceppamento alla completa funzionalità degli arti, e per necessità domandano l'uso della stampella.

Discendendo ad un esame più in istretta relazione con lo scopo di questa osservazione trovammo: mammelle di forma emisferica, con discretamente abbondante sviluppo di tessuto ghiandolare, ad areola primitiva bene marcata, discretamente la secondaria, con capezzolo pervio, erettile, bene conformato; si ha secrezione di siero e colostro.

L'addome espanso per la presenza dell'utero ingrandito contenente un feto; la linea media addominale è marcatamente pigmentata, piana la cicatrice ombelicale, abbondanti, estese e recenti le smagliature: ovoideo l'utero a direzione longitudinale. Con facilità si sente l'estremo cefalico flesso molto al disopra dello stretto superiore, mobilissimo. Il battito cardiaco fetale, regolare, abbastanza distinto trovasi nel quadrante superiore sinistro.

I genitali esterni sono quali si trovano in donna primigravida: la vagina cedevole, larga, lunga: la porzione sottovaginale del collo alta, rammollata, conica con apice in basso ad orificio est. chiuso; parte presentata non raggiungibile.

Della pelvi non ricorderò che tre sole misure come quelle che a chiunque

è nelle cose dell'ostetricia, saranno più che bastanti a dimostrare di fronte a qual caso io mi trovassi:

Coniugata vera	mm.	35-40
Microcorda destra	»	20 —
» sinistra	»	30-35

Questo esame fu fatto poco dopo l'ingresso della gravida nella clinica.

Il 1° luglio fu fatta una poco piacevole scoperta: era comparso un discreto grado di edema agli arti inferiori: l'urina tolta direttamente dalla vescica si mostrava limpida, acida: densità 1021. Cimentata con l'acido nitrico dava intorbidamento discreto per albumina; saggiata con il calore pure svelavasi contenente albumina. Si procura che la gravida abbia scariche regolari, si amministra il latte.

Il 3 luglio la albumina è ancora presente nell'urina, ma la quantità non aumentata.

Il 6 continuano le stesse condizioni.

Il 7 si trovano traccie minime di albumina; il 9 l'esame dell'urina della notte non mostra albumina; l'edema agli arti inferiori è stazionario.

Tenendo conto dell'ultima ricorrenza mestruale il parto avrebbe dovuto compiersi (considerata la durata della gravidanza 280 giorni) il 4 di agosto; era mio pensiero di operare la donna, in base a questo calcolo, negli ultimi giorni di luglio. Ma il 9 luglio, senza causa alcuna, comparvero vere contrazioni uterine, che mano mano facendosi più forti mi avvisarono avviarsi in modo prematuro il parto: l'uso del laudano non avendo raggiunto lo scopo desiderato, essendosi in quella vece notato nella notte dal 9 al 10 un accrescimento considerevole nella comparsa delle contrazioni, decisi senz'altro di operarla il 10.

I preparativi esano stati fatti già da tempo; l'antisepsi la più rigorosa della donna, degli assistenti, dell'ambiente, degli strumenti fu ottenuta dall'uso abbondante della soluzione acquosa al 5 °/₀ dello zinco solfofenato. L'ambiente naturalmente riscaldato a 28 centigradi era innondato da un potente getto di nebbia (soluzione al 5 °/₀ di zinco solfofenato) medicata. Cloronarcosi completa e facile con cloroformio anestetico puro ed apparecchio di Kurschmann. Incisione sulla linea mediana da 2 dita sopra il margine superiore della sinfisi del pube a tre dita sopra il bellico, previa siringatura vescicale lasciando a permanenza in vescica il catetere. Aperto il peritoneo si incide l'utero in sede, con taglio a forma di Y per risparmiare in alto il distacco della placenta il cui lembo cadeva sulla ferita mediana; essendosi portato nel campo della ferita il capo fetale, questo più che estratto *venne spremuto attraverso le ferite* uterina ed addo-

minale con metodiche pressioni fatte dall' esterno e dal basso, il feto appena estratto vagì. Subito dopo fu estratto l' utero non pensando neppure un momento al secondamento, sull'istmo uterino fu gettato provvisoriamente un laccio di gomma elastica, e fu provvisoriamente chiusa la breccia addominale mediante due punti cutaneo-peritoneali che erano stati passati prima dalla incisione uterina, ed i cui capi erano stati lasciati deliberatamente lunghi per questo scopo.

Il cono uterino fu strozzato con legatura elastica doppia (destra e sinistra) e con pure doppia legatura con robusto cordoncino di seta di Firenze. L' amputazione utero-ovarica lasciò una sezione affatto esangue. Questo peduncolo in modo siffatto ottenuto, per nulla stirato, fu collocato nell'angolo inferiore della ferita, ove si cercò con ogni cura l'affrontamento esatto delle due lamine peritoneali, parietale e viscerale. Nel moncone, sopra la legatura, fu passato un comune ago da materassaio: la ferita fu chiusa con punti di sutura nodosa superficiali e profondi. La medicatura fu la consueta listeriana.

L'atto operativo decorse in modo affatto regolare: durò in tutto minutì 45; il sangue perduto valutato in eccesso può calcolarsi a gr. 150 circa. — Il feto estratto vivente, ed ancora vivo ed in ottima salute sei mesi dopo, pesava gr. 2020; era lungo cent. 40 e presentava un diametro biparietale di mill. 92. L'utero e le ovaie asportate con la placenta inserita sulla parete post. e sul fondo pesano gr. 820. Si riscontra il corpo luteo sull'ovaia sinistra (1).

Andamento consecutivo.

10 luglio	ore 2 pom.	37.	84	20	Vomito scarso ripetutosi 4 volte, dolori all'addome.
»	» 8 »	37.9	88	—	Morfina per via ipodermica (4 iniez. da un centigr.).
11 »	» 8 ant.	37.6	84	28	Nella notte di tanto in tanto qualche dolore. Dopo una nuova iniezione riposò.
»	» 2 pom.	37.5	96	24	
»	» 8 »	38.6	106	—	Al mattino pochi dolori, una volta vomito. — Cateterismo vescicale.
12 »	» 8 ant.	37.	120	24	Ieri sera (10 pom.) iniezione ipodermica di morfina, dopo la quale dormì. Una volta sola vomitò il vino Marsala. — Urina da sè.
»	» 2 pom.	37.4	128	24	
»	» 8 »	37.1	108	—	

(1) Cade qui acconcio ricordare i presenti e cooperatori dell' atto operativo: assistenti Dottor Fara, Dott. Francesco Parona, cloroformizzatore Dott. Giulietti. — I Dottori Squarini, Cavallini, Emilio Parona, tutti dello Spedale Maggiore, si prestarono in varie guise, come pure la signora Dal Monte levatrice maestra della Scuola.

Prima *medicatura.* - Tutto è nelle migliori condizioni: la medicatura non presenta che una piccola macchia di siero. Ventre quasi piano, non dolente.

13 luglio	ore 8 ant.	36.5	92	20	Bene, non vomito, non dolori, urina da sè. Appetenza.
	» 2 pom.	37.4	112	24	
	» 8 »	37.9	120	—	
14 »	» 8 ant.	37.5	108	24	Notte poco dormita, sete, sudore, nessun dolore, nè vomito. *Mammelle tese non dolenti.* Appetenza.
	» 2 pom.	37.	104	24	
	» 8 »	38,3	112	—	
15 »	» 8 ant.	37.2	96	20	*Mammelle dolenti, esce latte* spontaneamente - ventre piano – urina da sè - appetito.
	» 2 pom.	38.	96	24	
	» 8 »	38.	116	—	

2ª *medicatura.* Si tosa il peduncolo.

16 »	» 8 ant.	37.5	96	24	*Mammelle floscie.* Nel resto bene.
	» 2 pom.	37.4	100	24	
	» 8 »	37.4	108	—	
17 »	» 8 ant.	37.	96	24	Notte poco dormita, bruciore alla ferita. Clistere, due scariche.
	» 2 pom.	37.4	112	24	
	» 8 »	37.3	116	—	

3ª *medicatura.* Si tolgono i punti di sutura e l'ago. Si escide buona parte del moncone.

A quest'epoca io abbandono la clinica e lascio la operata alle cure solerti del Dott. Fara, assistente alla Scuola. Le vicende successive possono così riassumersi: la temperatura *non arrivò più al 38° grado.* Il polso sempre frequente oscillò *fra 96 e 112 battute*, funzioni generali ottime senza interruzioni.

In 20ª giornata abbandonò il letto; per lo stato locale trovo scritto in 20ª giornata: *di peduncolo quasi scomparsa la traccia, infundibulo in continua diminuzione.* — Ed il giorno 18 agosto, dì della uscita dalla Clinica, *nessuna traccia di peduncolo, la località ha assunto l'aspetto di una seconda cicatrice ombelicale.*

Notizie avute direttamente dal Dott. Sommi di Mortara, nel marzo 1886, confermano che la operata gode sempre ottima salute; nessun disturbo speciale ebbe a risentire nè direttamente nè indirettamente dall'atto operativo.

Osservazione seconda.

Sommario. *Voluminosi fibromi del corpo dell' utero — Nevralgie — Emorragie profusissime che datano da circa 14 anni — Amputazione sopravaginale utero-ovarica — Trattamento extraperitoneale del peduncolo — Guarigione rapida.*

Antonietta Antolini, nata e domiciliata in Verona, di anni 40, nubile, nullipara, è il soggetto della presente osservazione. È dessa l'ultimo rappresentante di numerosa famiglia distrutta dalla tisi. Eccezione fatta per alcuni disturbi dell'apparato polmonare, tutte le malattie sofferte dall'Antonietta si riferiscono all'apparato genitale.

Da circa 14 anni cominciò a notare dapprima inusitata perdita di sangue nelle ricorrenze mestruali, poi vere emorragie con allarmanti effetti sullo stato generale, finalmente tale prolungamento nella durata della mestruazione da esser solo ridotto a qualche giorno il periodo intermestruale. Contemporaneamente a ciò notò graduale e progressivo accrescimento nel volume dell' addome e con questo insistenti e forti dolori che prendendo per centro un punto dell'addome in corrispondenza della parte di mezzo del quadrante inferiore sinistro, si irradiavano per tutto l'ambito addominale; tali dolori nevralgici toglievano spesso il beneficio del sonno alla paziente.

In tali condizioni si trovava la Antonietta allorquando e confortata dall'esempio di altre consimili operate e guarite, e per insistenza dei signori Dottori Baschera e Patuzzi che successivamente l'ebbero in cura, si rivolse a me, domandando se non si potesse dare rimedio contro sì lungo soffrire.

Ecco il reperto dell'esame praticato in uno dei primi giorni del mese di settembre 1885. La Antonietta è di media statura, con scheletro armonico, con pannicolo adiposo piuttosto abbondante, con floscia musculatura. Le mucose in genere sono pallide; l'esame non lascia notare apprezzabili lesioni agli organi toracici ed a quelli ipocondriaci.

L'addome è disteso come in donna gravida verso la fine dell'ottavo mese; si nota un certo grado di ventre pendulo: la circonferenza addominale a livello del bellico oscilla fra 105 e 108 cent. La palpazione mostra entro l'addome un corpo durissimo spingentesi dalle ime regioni addominali fino ad un punto intermedio fra bellico e punta sternale: uniformemente duro, ovoideo, mostra

alla sua superficie due corpicciuoli lateralmente e simmetricamente disposti, le ovaia; è sulla sinistra che la pressione anche moderata determina vivo dolore ed è da questo punto che partono que' dolori di cui a lungo si proccupa la ammalata. Questo grosso corpo è mobile e nel senso trasversale ed in quello verticale.

Per vaginam si trova: imene integra circolare che appena dà adito al dito esplorante: nessuna parte di tumore entra nella pelvi; il collo vaginale con caratteri dell'utero vergineo, è stirato in alto, un po' rivolto all' indietro, non raccorciato; si continua con il corpo che si palpa nell' addome e ne segue i movimenti.

Si omette l'esame con la sonda uterina, stante la evidenza della diagnosi, che fu quella di fibromi multipli uterini, di cui uno assai voluminoso. Proposta la cura radicale fu questa con piena confidenza accettata dall'ammalata e fu eseguita nel suo domicilio in Piazza S. Cecilia N. 9, alle ore 1 pom. del 23 settembre 1885.

Disinfettato l'ambiente e tutto il materiale direttamente ed indirettamente necessario per l'atto operativo, fu questo eseguito in locale naturalmente riscaldato a 24 centigr., funzionando prima e durante l' atto operativo un potente spray a vapore: il mezzo antisettico preferito fu l'acido fenico.

Ottenuta la completa narcosi cloroformica, svuotata la urocisti e lasciato a permanenza il catetere metallico maschile, fu praticata un'ampia incisione sulla linea mediana, la cui lunghezza deve valutarsi a non meno di 20 cent. Da questa ampia breccia, valendosi di acconcie manovre eseguite attraverso le pareti addominali e di robuste pinze uncinate piantate nel tumore, riuscì assai agevole estrarre l'intero tumore risultante dall'utero enormemente ingrandito e dagli annesi affatto normali. Con robusto tubo elastico fu allora temporariomente strozzato l'utero a livello dell'istmo uterino, indi rapidamente demolita il grosso corpo uterino spaccandolo dapprima nel senso antero-posteriore con taglio verticale; demolito tutto il tumore, o meglio i tumori e tolte le ovaie fu provvisto all'emostasi definitiva del peduncolo con legatura segmentata (in due parti) mediante cordoncino di seta di Firenze: e siccome con questa non parve completa l'emostasi, così si fece anche la segmentata legatura con cordoncino elastico. Il peduncolo così fissato fu collocato nell'angolo inferiore della ferita addominale usando della consuete cautele perchè le due lamine peritoneali venissero a combaciare, ed il restante della ferita peritoneale venne chiuso con dieci punti di sutura nodosa comprendenti il peritoneo, ed altri intermedi superficiali.

L'atto operativo eseguito alla presenza dei Dottori Mosconi, Benoni, Salmasi, Patuzzi, Baschera, Bianchini, Scudellari, Gregori con la assistenza diretta

dal Dott. Chauvenet, nella cloronarcosi assai bene praticata dal Dott. Massalongo, durò complessivamente solo 30 minuti.

I pezzi esportati risultano dall'utero assai ingrandito e dalle due ovaie affatto normali: nessuna alterazione si rileva pure sulle trombe. L'utero contiene due soli fibromi: uno voluminosissimo della parete anteriore e del fondo, altro molto più piccolo della parete posteriore: ambedue sono sviluppati nella spessezza della parete. La cavità uterina e falciforme, assai allungata. Complessivamente la parte esportata pesa grammi 4700, privata della massima parte di sangue.

Andamento consecutivo.

23	settembre	6 pom.	37.4	74	Tranquilla in tutto.
		8 »	37.4	74	
		10 »	37.5	78	
24	»	7 ant.	37.8	78	Urina limpida ottenuta con il cateterismo, nella notte precedente vomitò due volte. Una nel dì. A sera senso di tensione nel ventre, borborigmi; emissione di gaz per l'ano.
		8 »	38.2	78	
		1 pom.	38.3	72	
		5 »	38.3	—	
		8 »	38	72	
25	»	7 ant.	37.9	72	Urina verdastra, cateterismo. Continua l'emissione di gaz.
		3 pom.	38.5	84	
26	»	7 ant.	38.4	78	Orina sempre verdognola, in tutto il resto assai bene.
		12 mer.	37.7	—	
		3 pom.	37.5	72	
		8 »	38.5	76	
		12 notte	37.4	—	
27	»	6 ant.	37.1	—	Come ieri, sempre il cateterismo vescicale.
		1 pom.	37.2	72	
		9 »	37.5	—	
28	»	7 ant.	37.2	—	Mitto spontaneo.
		8 pom.	37.9	72	

29	»	7 ant. 37	—	Tre scariche in seguito a clisteri.
		8 pom. 37.5	80	

30 settembre Sempre bene. — 1ª *medicatura*. Non si riscontra in alcun punto goccia di pus o di sangue; si tolgono tutti i punti di sutura: ovunque il coalito è completo. Si toglie l'ago che trapassa il peduncolo sopra i lacci; si tosa il moncone.

5 ottobre Sempre bene nei giorni precedenti. — 2ª *medicatura* ed escisione di nuovi pezzi di moncone; nessun odore.

6 » Alle 3 pom. è colpita da dolori nel quadrante inferiore destro addominale con irradiazioni da una parte all'infundibulo, dall'altra ai lombi; l'esame non riscontra alterazione alcuna; la donna paragona tali dolori a quelli da lei ben conosciuti cui *andava soggetta al momento della mestruazione*. Si amministra cloralio idrato gr. 3/100 a cucchiaiate.

8 pom. T. 37. Dolore diminuito.

7 » T. 37. Ricompare alle 11 pom. altro accesso doloroso ma di brevissima durata.

8 » Nella medicatura d'oggi sono escisi altri pezzi necrotoci di peduncolo, tolti i lacci di seta e quelli di gomma.

14 » Sempre bene. — Apiressia assoluta. La operata che si considera ormai guarita richiama l'attenzione sopra un fatto curioso: nota cioè che la *ghiandola tiroidea che da tempo andava progressivamente aumentando di volume, sarebbe in complesso tutta impicciolita, ma specialmente nel lobo sinistro.*

16 » Oggi si alza per la prima volta da letto. Condizioni locali e generali ottime.

4 novembre Stato generale ottimo, nutrizione assai aumentata, cicatrice lineare, infundibulo in tutto simile alla cicatrice ombelicale — nessuna nevralgia: neppure una goccia di sangue ha perduto dal momento dell'atto operativo, per la vagina: funzioni gastro intestinali ed uro-poietiche normali. — Tiroidea impicciolita considerevolmente.

31 dicembre 1885. — La Antonietta gode di completa salute: è considerevolmente aumentata in peso: non più nevralgie, non goccia di sangue dai genitali, nessun disturbo nelle funzioni addominali — Cicatrice lineare soda - infundibulo piano piccolo, resistente. — Tiroidea stazionaria.

Fu riveduta dallo scrivente nel marzo 1886. La Antonietta accudisce con tutta libertà al suo mestiere di sarta che ora ha potuto interamente riprendere; passa molte ore di lavoro alla macchina da cucire senza risentirne dolore alcuno. Alla località tutto è nel più desiderabile dei modi; non mestruazione nè tentativi di mestruazione; spiccato ingrassamento della operata.

Osservazione terza.

Sommario: *Diagnosi clinica; tumore fibroso dell'utero e tumore cistico dell'ovaio destro. Reperto al momento dell'atto operativo; voluminoso tumore fibro-cistico dell'utero con parziale sviluppo intraligamentoso a destra. — Amputazione sopravaginale utero-ovarica. Trattamento extraperitoneale del peduncolo il cui diametro è di 10 cent. — Guarigione.*

N. N., nubile, di anni 47, è argomento di questa assai importante osservazione. Fu ripetutamente e lungamente ammalata per disturbi contrassegnati da febbre, cefalea, secchezza alla retrobocca e comparsa di numerose bollicine sulla superficie del corpo, altre a contenuto limpido, altre a contenuto purulento. La forma che la tenne a letto talvolta perfino un mese, e che si ripetè per lunghissima serie di anni, fu, a quanto dice la donna, considerata dai curanti quale una forma di miliare. Insisto sopra questi disturbi perchè li vedremo ricomparire ne' giorni susseguenti all'atto operativo.

La malattia che la condusse alla mia osservazione data da circa 15 anni; si accorse in quell'epoca della presenza di un corpicciuolo duro, mobile, indolente nel quadrante inferiore sinistro dell'addome; dapprima a tale corpo non andava compagno disturbo qualsiasi, ma più tardi in un con il crescere del tumore la donna cominciò ad avvertire mestruazioni più abbondanti per la quantità del sangue perduto e più lunghe per la durata. Con il tempo il corpo trovato nell'addome andava aumentando, tanto da raggiungere circa 7 anni fa la cicatrice ombelicale; domandò a quell'epoca il parere di differenti e reputati pratici e clinici che tutti emisero l'opinione trattarsi di tumore residente nell'utero, ma anche tutti sconsigliarono piuttosto che consigliare l'atto operativo.

Da circa quattro anni la ammalata notò mutamenti nel suo ventre, e precisamente si accorse che a destra del primo tumore cominciò a svilupparsene un secondo con caratteri ben differenti dall'altro. Mentre il primo era duro ed affatto indolente, il secondo era invece molle, dolente e talvolta perfino dolentissimo: ma un carattere che più dava pensiero alla donna si era che mentre il primo tumore avea richiesto lunghi anni per raggiungere un discreto sviluppo, il secondo invece non solo rapidamente guadagnava il volume del primo, ma anche lo sorpassava: nell'ultimo anno poi l'accrescimento fu tanto notevole da venir ad occupare tutto il restante addome. Nè un altro fatto non scappò all'osservazione della intelligente ammalata, e si fu che le profuse emorragie uterine andarono nell'ultimo anno continuamente diminuendo, tanto da esser ridotte a lievissime perdite. Con questi due fatti, aumento rapidissimo del tumore secondo comparso, e diminuzione marcata nelle perdite dai genitali, fu dalla ammalata, fu dai parenti osservato, coincidere un rimarchevole dimagramento ed impallidimento e consecutivamente una progressiva perdita nelle forze.

Io la vidi ne' primi giorni del settembre 1885, ed ecco cosa riscontrai. Di media statura, originariamente robusta, ma ora pallida e di nutrizione assai scaduta. Nulla ritrova di considerevolmente anormale l'esame degli organi del capo, torace e di quelli ipocondriaci.

L'addome è notabilmente espanso ma irregolarmente; si poteva a tutta prima calcolare le distensione assai maggiore di quella determinata da un utero gravido a termine. La circonferenza addominale a livello del bellico segna centimetri 110. Ho scritto che l'addome era disteso irregolarmente ed infatti spiccano nettamente due masse, l'una a sinistra, l'altra per la massima parte spostata a destra; quella di sinistra sporgente all'avanti al disotto delle pareti addominali ricordava per forma e dimensioni un utero gravido a circa 5 mesi, solo ne differiva per la consistenza assai più marcata, ma non però quale si riscontra ne' consueti fibromi. Quello poi che era curioso si era che agli angoli superiori destro e sinistro di questa massa si palpavano due corpicciuoli che in tutto ricordavano le ovaia.

Tutto il resto dell'addome era occupato e disteso da una seconda massa molto più voluminosa, a superficie irregolare, costituita da molte bozze manifestamente fluttuanti. Tra questa massa e l'altra prima descritta veniva a segnarsi una specie di profondo solco, perchè la prima descritta pareva come posta all'innanzi, e spinta anzi contro la parete addominale anteriore dal retrostante corpo appartenente alla seconda massa.

L'esame *per vaginam* lasciava sentire il canale vaginale assai lungo e stirato in alto, il collo uterino quasi cancellato, l'orificio esterno costituiva il fondo vaginale, e mentre il labbro anteriore era ridotto ad un sottile cercine disposto a forma di lettera C, il posteriore si mostrava ingrossato. Questo collo uterino stirato tanto in alto si continuava perfettamente con il tumore spinto all'avanti ed a sinistra. Con il dito esplorante attraverso il fornice posteriore si raggiungeva un segmento subrotondo che stava invece in relazione con la massa notata e descritta a destra.

Tale la storia narrata con esemplare ordine e chiarezza dalla ammalata, tale il reperto all' esame. Quale concetto diagnostico doveano i fatti richiamare in noi? Lo diciamo francamente, forse troppo proclivi al racconto della donna e non troppo memori di un piccolo dettaglio dell'esame, inchinammo a scindere l'una dall'altra le due masse ed a giudicare quella di sinistra quale unicamente appartenente all'utero degenerato per la presenza di un fibroma, quella di destra all'ovaio cisticamente malato. Ed in questa nostra convinzione eravamo tratti dal fatto che il tumore di sinistra potea essere mosso a ridosso di quello di destra, quasi che il primo scivolasse sul secondo: eravamo assicurati ciò ritenendo, delle importanti modificazioni del collo uterino, attribuendo queste per la massima parte al fortissimo stiramento in alto ed alla presenza di una bozza del tumore di destra che scendendo al disotto dello stretto superiore, posteriormente, scacciava in avanti ed in alto il collo uterino, che nella nostra mente dovea essere appiattito considerevolmente nel senso antero-posteriore.

Ma noi così ragionando costruivamo un edificio in parte sul sodo, in parte sull'arena. Che il tumore palpato a sinistra ed in diretta continuazione con il collo uterino, fosse realmente il corpo uterino nessun dubbio potea capitare in mente a chiunque avesse esaminato la donna, e nessun dubbio rimase neppure dopo l'atto operativo: ma che la massa di destra fosse realmente alle dipendenze dell'ovaio destro, qui potea sorgere il dubbio, e fu ammettendolo come cosa certa che noi non fummo esatti. Eppure ancor prima dell'atto operativo ci aveva fatto impressione e non poco un fatto: come avviene, domandammo, a noi stessi, che pure palpando due corpi che per forma, sede, volume corrispondono alle due ovaia, noi mettiamo il tumore di destra a spese dell'ovaio corrispondente diventato cistico? Noi rispondemmo allora a questa ob-

biezione ammettendo che solo una parte dell'ovaio fosse ammalata, la massima parte invece sana.

E fu qui il nostro errore ; senza questa supposizione noi avremmo dovuto senz'altro escludere la possibilità di un tumore alle dipendenze dell' ovaio, ed in allora anche tenendo conto de' dati anamnestici altro non potea ammettersi che un tumore fibro-cistico uterino: solo che così ragionando sarebbe anche stato necessario ammettere che la parte di tumore che si esplorava dal fornic vaginale posteriore facesse parte intima del collo uterino, e che in tal caso anzichè assottigliato questo dovesse essere considerevolmente ingrossato.

Forti del nostro diagnostico in parte vero, in parte falso, tutto considerato, proponemmo alla donna la cura radicale che fu accettata con trasporto dall paziente, stanca delle sofferenze a lei causate dal grande volume della mass svoltasi nel suo ventre.

Il 30 settembre 1885, alle ore 11 ant., nell' abituale domicilio della donna (Piazzetta S. Giorgio, N. 3), in locale appositamente imbiancato e disinfettato fu praticato l'atto operativo. Erano presenti i Dottori Massalongo, Chauvenet, Mosconi, Salmasi, Gregori, Luigiato, Scudellari, Pincherli, Zanoni. Ottenuta la completa cloronarcosi, funzionando un potente spray a vapore (antisepsi all'acido fenico), premessa come di consueto la siringatura vescicale, fu ampiamente aperto il cavo peritoneale sulla linea mediana: l' incisione fu di quasi 20 cent.

Appena apparsa la massa fu facile il credere che le due parti realmente non facevano che un solo tumore e che questo altro non era che un tumore fibrocistico dell' utero, del quale una parte si sviluppava nella spessezza del legamento largo destro e questa parte invadeva anche buon tratto della porzione vaginale del collo uterino. A scopo riduttivo furono punte molte delle cisti che vennero a presentarsi alla mano, ma da queste spaccate bozze si avviò tanto abbondante emorragia arteriosa che fu giuocoforza estrarre rapidamente tutta la massa e strozzarla verso la sua base con un resistente tubo di gomma elastica. L' estrazione non richiese gran tempo e per il fatto dell' ampia incisione, e per la assoluta mancanza di aderenza qualsiasi sia parietale che viscerale. Demolita gran parte del tumore soprastante al laccio elastico si passò alla strozzatura dell' enorme peduncolo mediante segmentata legatura con cordoncino elastico, e con doppia legatura di un robusto cordoncino di seta di Firenze. Il peduncolo è così costituito dalla porzione sopravaginale dell' utero ma degenerata per la presenza di numerosissimi piccoli spazi cistici che profondamente si immettano nel tessuto uterino, spingendosi a destra anche entro il legamento largo. Questo peduncolo è veramente enorme e mai qualche cosa di simile nè io, nè i numerosi medici presenti aveano potuto vedere; solo in qualche osservazione avea letto di peduncoli di tale volume, ma raramente. La circonferenza

può infatti calcolarsi a 30 cent. circa, a 10 cent. il diametro. Immesso questo grosso moncone nella parte inferiore della ferita che ne risulta occupata per quasi la inferiore metà, fu cucito il restante della ferita con i consueti punti di sutura superficlali e profondi: prima però fu curata, come di consueto la polizia del cavo peritoneale: a dar un'idea del volume del collo così peduncolizzato basterà il dire che a stento una poco voluminosa spugnetta trovava spazio fra collo e promontorio.

La massa esportata risulta dall'utero a cui come appendice tengon dietro numerosissime cisti a contenuto chi giallastro, chi sanguinolento, apparentemente senza una interna membrana; la massa svolta propriamente nell'utero è un fibroma ma molle. Svuotata di tutto il liquido (siero e sangue) resta una massa del peso di oltre 3 chilogrammi. L'esame microscopico fatto dietro mia preghiera dal Dott. Emilio Parona dell'Ospedale di Novara, dimostrò la minuta trama esser costituita come si dirà in altro luogo.

L'atto operativo durò complessivamente un'ora e fu bene tollerato. Anche in questo caso sopra la legatura elastica si passò attraverso il peduncolo un lungo ago da materassaio e la medicazione diretta del moncone fu fatta con il cotone al percloruro di ferro.

Andamento consecutivo.

30 settembre	4 pom.	37 4	74	Pochissimi dolori al ventre - cateterismo vescicale - urina verdognola - non vomito.
	10 »	38.1	80	
1° ottobre	5 ant.	38.2	92	Nella notte vomitò 4 volte - iniezione di morfina.
	8 »	38.3	100	
	10 »	38	100	Durante il giorno mai vomito - sempre necessaria la siringatura e sempre l'urina verdognola. Verso sera: borborigmi intestinali - emissione di gaz per la bocca e per l'ano - ventre non dolente e non teso. — Iniezione di morfina. Siringa in vescica a permanenza.
	5 pom.	38.2	106	
	10 »	38	104	
2 »	9 ant.	37.8	96	Notte passata bene come la giornata.
	2 pom.	37.8	94	Orina sempre verdognola.
	8 »	37.8	100	A sera iniezione ipodermica di morfina.
3 »	9 ant.	37.6	92	Benissimo. Brodo e vino.
	3 pom.	37.7	96	Sempre la siringazione.
	8 »	37.6	94	

4 ottobre	10 ant.	37.5	86	Assai bene in tutto.
	8 pom.	37.6	84	
5 »	mattina	37.6	84	Comincia a pisciare da sè durante la notte, non nel giorno. Nel resto in tutto bene.
	sera	37.5	84	
6 »	10 ant.	38	92	Si provoca una scarica con olio di ricino.
	3 pom.	38.1	96	
	8 »	38.1	90	*Si nota sulla parte alta del petto e sulle braccia una quantità grandissima di bollicine di sudamina. Sudore profuso.* La donna ci avverte che secondo lei, ricompare la malattia di cui fu a lungo sofferente.
7 »	mattina	37.9	96	1ª *medicatura.* Si rinnova la medicatura, si tosa il moncone in molti punti – non si toglie l'ago - in qualche punto tagliato si ha gemizio sanguigno - a sinistra ed in basso attorno al peduncolo, piccola raccolta marciosa
	sera	38.3	100	La *donna si sente assai bene ma suda profusamente - sempre le bollicine notate.*
8 »	mattina	38	96	Alvo apertosi spontaneamente.
	sera	38	94	Benessere. Sempre sudore profuso.
9 »	mattina	38	86	Nulla di specialmente notabile.
	sera	38.4	94	
10 »	mattina	38.6	96	2ª *medicatura.* Si toglie l'ago, si tosa il moncone, si levan tutti i punti di sutura. All'infuori del piccolo ascesso peripendicolare a sinistra, nulla di notabile.
	sera	39.1	108	La operata stessa richiama la nostra attenzione sopra la sua cute: alla parte alta dell'addome, al torace ed alle ascelle la cute è rossa come in una resipola: numerose bolle grandi e piccine, limpide e purulenti si notano alla superficie.

11 ottobre	mattina	38.7	102	Notte completamente dormita - orina spontaneamente.
	sera	38.9	104	*Medicatura.* - Si tolgono i lacci elastici e quelli di seta e si escide una gran parte del peduncolo a sinistra. L'eruzione notata al tronco è ancora più diffusa. *Esame vaginale* - collo sotto-vaginale ancor grosso ma mobile ed indolente.
12 »	mattina	38.4	98	Lo stato della cute al tronco, specie al torace accenna a diminuzione.
	sera	38.4	94	*Medicatura.* Nulla di speciale; i margini dell' infundibulo cominciano a granuleggiare.
13 »	mattina	37.7	80	Notte completamente dormita. Bene in tutto.
	sera	37.7	80	Eruzione quasi scomparsa.

14 a 20. Sempre apiretica. — Sta seduta sul letto, la medicatura si rinnova tutti i dì. Ogni volta si tolgono abbondanti stralci dall'ampio infundibulo.

L'andamento consecutivo fu tanto normale che al 27° giorno dall'atto operativo la donna cominciò ad abbandonare il letto, dell'ampio infundibulo non rimanendo più che uno stretto e profondo seno fistoloso il quale comunicava con la vagina.

Il 3 novembre 1885 la si riscontra in ottime condizioni generali, localmente non si ha più che un piccolo seno fistoloso completamente granuleggiante. — Nessun disturbo.

Il 31 dicembre 1885. Sono passati soli tre mesi: la operata che un mese dopo l'atto operativo pesava chilogr. *cinquanta*, ora pesa (nelle stesse condizioni) ben chilogr. *sessanta*; si nota adunque un aumento di chilogr. *dieci* in *60* giorni: sarebbe inutile anche la bilancia, basta il vederla: e senz'altro irriconoscibile. Essa gode di un appetenza veramente vorace; è completamente trasformata e nel fisico e nel morale. Non notò la più piccola perdita di sangue dai genitali, non il più piccolo dolore all'addome. Localmente si presenta una cicatrice lineare, che termina in basso in una piccola escrescenza granuleggiante là ove esisteva l'ampio peduncolo. Tutte le funzioni intestinali, rettali e vescicali si compiono fisiologicamente. Al 15 marzo 1886 si mantiene inalterato tale ottimo stato.

Osservazione Quarta.

Sommario: *Voluminosi fibromi multipli dell'utero — emorragie gravissime datanti da oltre 14 anni — gravissimo decadimento nello stato generale — cistite purulenta da circa 3 anni, artrite secca bilaterale alle articolazioni coxo-femorali — ablazione dell'intero utero e delle ovaie. — Guarigione.*

Questa quarta osservazione per vari titoli è ancora più interessante delle antecedenti, che tuttavia non mi parvero affatto volgari. Eccola:

Lucia N..., di anni 45, mestruata per la prima volta a 15 anni e poi sempre regolarmente fino a 14 anni fa, abita in Verona nella famiglia C.... alla quale era altra volta addetta in qualità di servente (Via Pigna 14). Ecco i disturbi che la determinarono a cadere sotto la mia osservazione.

Profusissime perdite di sangue nelle ricorrenze mestruali dapprima e vere emorragie più tardi, durata tale della perdita successivamente, da esser impossibile il distinguere più il periodo mestruale. Alle emorragie concomitavano dolori nel cavo addominale dapprima, più tardi la comparsa di un tumore duro che incominciando dalle più basse regioni dell'addome venne mano mano ad occuparlo tutto ed a distenderlo in guisa da oltrepassare per volume il ventre di donna gravida a termine.

Conseguenze di tali disturbi furono: un progressivo impallidimento ed uno marcato scadimento nella nutrizione e nelle forze. Più tardi si aggiunsero disturbi da parte della vescica; nella emissione delle urine si notarono due fasi opposte; ora, cioè, la impossibilità per cui era mestieri ricorrere all'opera del medico per la artificiale estrazione, ora, all'opposto, e questa è la fase che dura da circa tre anni, era obbligata a cacciare l'urina assai frequentemente; la quantità cacciata per ogni volta era assai scarsa; lasciata la urina per un po' di tempo nel vaso dava sedimento giallastro filante, e tramandava odore ammoniacale talmente acuto da rendere quasi inabitabile la stanza ove ordinariamente dormiva la paziente. Da un certo tempo avvertì anche dolore agli arti inferiori, specie in corrispondenza delle articolazioni coxo-femorali, dolori che le rendevano difficili i movimenti, specialmente nella stagione invernale. Le funzioni gastro-enteriche si compievano relativamente bene.

L'esame primo, fatto nel principio dell'ottobre 1885, in presenza di alcuni colleghi che presenziarono più tardi l'atto operativo, lasciò vedere nella Lucia una donna assai scaduta nella nutrizione generale a tinta giallastra, a mucose

pallide. Lo scheletro è reso deforme da una scoliosi sinisira combinata a cifosi non angolare, per cui ne risultano non simmetriche le due metà del torace e la posizione rispettiva degli arti superiori. Non si riscontrano lesioni di qualche importanza agli organi toracici ed ipocondriaci.

L'addome è fortemente disteso, la circonferenza a livello del bellico segna cent. 98, cifra veramente rispettabile tenendo conto della natura del tumore svoltasi nel ventre, e dello stato di massima denutrizione della donna.

Le pareti addominali sono oltremodo sottili ed attraverso di esse si palpa un grosso corpo piuttosto duro, ma non durissimo, di forma quasi ovoide, con il grande asse nel massimo del corpo, ma alquanto obliquito a sinistra, come chè la sua superiore estremità sia cacciata a sinistra fino al disotto della regione ipocondriaca. Abbiamo detto che è duro, ma tuttavia conserva una certa elasticità, anzi palpeggiandolo si riesce a determinare una contrazione che in tutto ricorda quella dell'utero gravido verso il termine. È ovunque liscio ma in qualche punto presenta qualche bozza più sporgente, una tra le altre nel quadrante inferiore destro. Su questo gran globo si palpano a sinistra ed a destra gli annessi uterini: è mobile in totalità specie in direzione trasversale, meno nella verticale, ma se ne trova anche la causa nel fatto che tutto il ventre è occupato.

Con il riscontro vaginale si trova imene cedevole circolare, vagina assai lunga, porzione sotto-vaginale del collo uterino portata a destra ed in avanti, un po' raccorciata; segue ne' movimentì il tumore che si palpa nel ventre. Attraverso il fornice posteriore si raggiunge un segmento non molto voluminoso del tumore, che si immette (quasi appendice del grande tumore) un po' nello scavo. Dalla vagina cola una certa quantità di liquido sieroso-sanguinolento un po' fetente.

L'esame torna un po' doloroso, specialmente la palpazione risveglia quei dolori che di tanto in tanto colpiscono la paziente.

Riassunti i dati anamnestici ed i risultati dell'esame si porta la diagnosi di fibromi multipli dell'utero a sviluppo prevalentemente murale.

Tenendo conto dei dolori tuttora persistenti, delle gravi emorragie, del volume grandissimo, dei disordini meccanici da questa massa cagionata, e dello stato generale gravissimo si propone alla donna la cura radicale che viene da essa accettata, preferendo, a suo dire, correre un grave rischio piuttostochè continuare in simile vita. Debbo però aggiungere un altro particolare riscontrato durante l'esame: e questo si riferisce ad uno scroscio assai manifesto che si determina ogniqualvolta si compie il più piccolo movimento nelle articolazioni coxo-femorali. Tale scroscio passa inavvertito alla donna, ma essa però avverte specie nell'inverno) difficoltà ne' movimenti e debolezza negli arti inferiori.

Tutto disposto nel modo consueto e provveduto alla più stretta antisepsi e ad un opportuno riscaldamento dell'ambiente, l'atto operativo venne eseguito nel domicilio della donna il dì 23 ottobre 1885 alle 10 1/2 ant. presenti i signori Dottori Bontempini, Scudellari, Massalongo, Patuzzi, Chauvenet, Mosconi e Benoni.

Fu compiuto nella più assoluta anestesia cloroformica (apparecchio Kurschmann) funzionando nella piccola stanza un potente polverizzatore a vapore (antisepsi all'acido fenico). La breccia addominale da tre dita sopra il pube fu allungata, passando sulla cicatrice ombelicale di tanto da raggiungere la lunghezza di 25 cent. Bastarono pochi colpi di bistori per aprire la vasta breccia tanto erano sottili le pareti addominali. Apparve subito la grande massa che con sole pressioni fatte dall'esterno fu fatta uscire dal cavo addominale; come di consueto la parte ima fu circondata da un robusto laccio elastico e stretto e fissato provvisoriamente questo, fu escisa la più gran parte della massa. Arrivato però alla parte inferiore anteriore, nella regione della vescica, mi occorse cosa che ancor non mi si era presentata nelle laparatomie finora fatte. Per quanto io cercassi di riconoscere la vescica esplorando in modo combinato con il catetere in vescica e con le dita esternamente, non mi venne fatto di stabilire il rapporto esatto fra la sua parete e la faccia anteriore del collo sopra-vaginale che io avea sottomano; e tuttavia prima di mettere in sede la legatura definitiva trovavo necessario lo stabilire tale rapporto: infatti nello spazio utero-vescicale io sentivo una grossa piega che avrebbe dovuto corrispondere al fondo vescicale, ma in questa piega non mi venìa fatto di collocare la siringa introdotta in vescica. Ricorsi allora ad una iniezione vescicale improvvisando un piccolo irrigatore con un imbuto ed un tubo elastico. La iniezione mostrò la posizione netta della vescica e potè far noi certi che quella grossa piega altro non era che il peritoneo ed il cellulare estremamente ingrossati, inoltre che la vescica era assai ridotta nella capacità poichè poco liquido bastò per distenderla completamente. Al disopra del fondo vescicale si collocò allora il laccio elastico circolarmente, senza dividere in due il moncone come s'era fatto negli altri tre casi: anche qui oltre al laccio elastico si strozzò il peduncolo con robusto cordoncino di seta di Firenze. Al disopra dei lacci si passò un ago da materassaio, poi si fissò il peduncolo all'angolo inferiore della ferita e premessa attenta pulizia endoaddominale si cucì l'ampia breccia nel solito modo.

L'atto operativo durò un'ora circa; non fu accompagnato da alcun accidente; emorragia non vi fu e la perdita di sangue non si ridusse che all'uscita del sangue dal tumore soprastante al laccio.

La massa asportata non è che l'utero enorme e le ovaie. I fibromi sviluppatisi nella spessezza della parete uterina sono quattro: tre di piccolo volume

stanno nicchiati nella parete uterina destra in basso, uno voluminosissimo sta nella parete anteriore e nel fondo. La parete posteriore dell'utero ipertrofica è molto più sviluppata di quello che non sia nell'utero puerperale subito dopo il parto. La parte esportata pesa chilogr. 7.

Un particolare interessante è questo: durante la medicatura dell'addome si notò perdita di sangue dalla vulva. Desideroso di vedere la sorgente di tale gemizio esplorai attentamente la vagina: per quanto però facessi non mi fu dato di sentire traccia di porzione sotto-vaginale del collo: la vagina terminava a fondo cieco: era evidente che il laccio elastico cadeva precisamente sui limiti di inserzione vaginale sul collo uterino, del quale la porzione sotto-vaginale era già stata notata assai raccorciata. Ciò significava che l'intero utero era stato esportato in tal guisa.

Andamento consecutivo.

23 ottobre	4 pom.		96	Accusa bisogno di urinare - si siringa - più tardi emette urina spontaneamente. A sera se ne raccolgono 300 grm. circa, di colore verdognolo. — Nausea. Iniez. di morfina.
	8 »	37.7	96	
24 »	12 pom.	37.4	—	
	6 ant.	37.4	100	
	9 »	37.7	108	Assai frequentemente emette la urina senza dolore; è verdastra ed abbondante.
	5 pom.	37.7	108	
	9 »	37.5	108	Ha nausea. — Alle 2 pom. vomito, indi dolori alla regione addominale inferiore — Bene tollerata la pressione. — Iniezione di morfina.
25 »	9 ant.	37.9	110	L'urina emessa ha deposito abbondante come da anni la ammalata avea notato. Non vomito nè nausea — ventre indolente, non disteso.
	5 pom.	37.9	110	
26 »	6 ant.	37.8		Tutto procede regolarmente.
	9 »	37.6	108	Sempre mitto frequente, ma spontaneo ed indolente.
	5 pom.	37.8		
	7 »	37.5	96	

27 ottobre	mattina	37.4	98	Bene in tutto; sempre lo stesso rispetto alla vescica.
	sera	37.8	100	
28 »	7 ant.	37.8	104	Alvo apertosi spontaneamente.
	10 »	37.6		Prende minestra.
	6 pom.	37.6	104	Lo stesso riguardo alla vescica.
29 »	mattina	37.6	—	
	sera	37.5	—	
30 »	mattina	37,3	—	
	sera	37.6	—	
31 »	mattina	37.3	—	1ª *medicatura:* Si toglie l'ago, si tosa il moncone tanto che vengono tirati via il laccio di seta, ed il laccio elastico. Si tolgono pure tutti i punti di sutura. Coalito completo.
	sera	37.7	—	

Da questo giorno in poi ecco come sono procedute le cose: localmente si praticava la medicatura prima ogni quattro giorni, poi tutti i dì; tolti pochi stralci di peduncolo, la ferita addominale nell'angolo inferiore metteva in ampia comunicazione con la vagina; esplorando non si sentiva tessuto alcuno che corrispondesse a quello uterino. La detersione del profondo seno fistoloso e quello che più interessa, la sua occlusione procedettero assai lentamente e solo alla fine del dicembre 1885 (ossia due mesi dopo) si poteano considerare completamente terminate, poichè a quest' epoca non rimaneva più che una ulcerazione superficiale all'angolo inferiore della ferita, del diametro di un pezzo da un centesimo. La ferita era cambiata in una cicatrice lineare, regolare e soda.

Fin dal 12° giorno dell' atto operativo (2 novembre) si tenne d' occhio lo stato della vescica: appariva questa assai ristretta come s'era già notato durante l'atto operativo, conseguenza del lungo processo catarrale. Si iniziò una cura topica con lavature medicate. In tale cura fui sostituito, per mia assenza, dai Dottori Patuzzi e Mosconi, i quali verso la fine di novembre poterono constatare la presenza di *concrezioni* entro la vescica; una cura energica con replicate irrigazioni valse a vincere anche questa complicazione. Ciò non bastasse nei primi giorni di dicembre 1885 fu colta da antrace alla regione del dorso che richiese la spaccatura e che fu accompagnato da un discreto stato febbrile per alcuni dì. Ciononostante la vittoria rimase all'arte; al 31 dicembre 1885 la operata può essere considerata guarita dell'atto operativo: essa non prova dolori

all'addome, non vide più goccia di sangue dai genitali, non ebbe disturbo alcuno da parte dell'intestino. Rispetto alla cistite: l'urina non ha più sedimento purulento, e solo resta ancora un po' torbida; durante il giorno trattiene l'urina per due ed anche per tre ore, di notte invece deve emetterla più frequentemente.

Solo perdurano uno stato generale ancora scadente ma assolutamente migliore di quello precedente all'atto operativo: perdurano i dolori e lo scroscio alle articolazioni coxo-femorali, ma il tempo forse riparerà anche a questi ultimi disturbi, ora che l'arte tolse i più gravi.

Vi fu chi chiamò tale esito una vera risurrezione: io non saprei trovare vocabolo più felice; fu certamente un successo superiore alle nostre speranze (1).

B) Commenti.

I fatti riferiti si suddividono naturalmente in due gruppi distinti: il primo gruppo è costituito dalla sola prima osservazione appartenente ad argomento per eccellenza ostetrico, le altre tre osservazioni formano il secondo gruppo in cui la indicazione all'atto operativo sorgeva da fatti aventi attinenza alla ginecologia. Tuttavia, io le ho tutte riportate in un solo scritto, perchè mi sembrano assai bene dimostrare sul terreno pratico, quali sieno i punti di contatto fra ostetricia e ginecologia, contatti che una volta di più, se fosse necessario ancora, affermerebbero la opportunità e direi quasi la necessità, che ostetricia e ginecologia formino una sola branca, coltivata da speciali cultori.

In questi *commenti* verranno ricordate alcune questioni sorte intorno al taglio cesareo modificato, e saranno svolte alcune considerazioni sull'amputazione sopra vaginale utero-ovarica a scopo ginecologico.

a) Alcuni punti discussi sul tecnicismo del taglio cesareo alla Porro.

Volgono presto 10 anni dal giorno memorabile nel quale il Prof. Porro eseguiva deliberatamente la amputazione sopravaginale utero-ovarica a complemento di taglio cesareo, indicato da gravissima angustia pelvica. Si può dire

---

(1) Fu riveduta il 15 marzo 1886. Nulla si trova di notabile da parte del ventre ove non esiste che una cicatrice lineare. — La vescica s'è fatta più tollerante e trattiene l'urina anche per tre ore. L'orina però ancora un po' torbida, non lascia deposito purulento. Lo stato generale è di poco migliorato: le mucose sono meno pallide di quello che erano prima dell' atto operativo. — L'unica cosa di cui si lamenta la donna sono i dolori alle articolazioni coxo-femorali, specialmente alla destra.

che la letteratura medica ostetrica relativa a questa operazione apparsa finora costituisca già una mole ingente tante sono le memorie, le osservazioni pubblicate: non mancarono entusiasti senza fine, ed oppositori sistematici: tutto s'ebbe tale atto operativo, che nel frattempo s'estese in tutto il mondo ostetrico. Non è mio scopo dare uno sguardo a tale enorme massa di lavoro, nè credo che per ora altri voglia farlo, specie dopo che apparve fra noi uno studio che fu favorevolmente giudicato da quanti lo lessero, dovuto alla mente robusta ed alla penna dotta ed elegante del Prof. Mangiagalli. A questa memoria, alle pubblicazioni del Godson, del Truzzi, ed a tanti altri lavori rimando chiunque ami solo ricordare od imparare alcunchè sopra questo argomento (1).

Il mio scopo è assai più modesto: quattro anni dopo aver eseguita e con felice esito per la madre e per il bambino una di queste ardite operazioni, fui tanto fortunato da imbattermi in un secondo caso nel quale estrema via era l' operazione cesarea: donde sorgessero le indicazioni se vi fosse altra strada per liberare la donna, quali sieno state le vicende ulteriori, tutto esposi con verità nella prima delle precedenti osservazioni. Senza menare troppo vanto per la riuscita, senza dedurre troppo, da troppo poco numerosi fatti, mi sia però lecito il ricordare qualche punto che fu discusso di già, o può discutersi intorno al tecnicismo di tale atto operativo: che se qualcuno osserverà esser queste solo questioni di dettaglio, di secondaria importanza, io non mi asterrò per questo dal pensare dal credere, dallo scrivere, che in tal genere di atti operativi tutto dipende dalle cose minime, sta tutto ne' più minuti, negli apparentemente più umili particolari il segreto della riuscita. Le grandi questioni che possono farsi sull'amputazione utero-ovarica a complemento del taglio cesareo sono tutte compendiate in una sola: giova far susseguire tale mutilazione, o può o deve anzi con differenti mezzi ricercarsi la guarigione della donna con la conservazione del viscere? Questione dibattuta già, e che ora pare si faccia più viva e che a mio modo di credere non sarà in breve tempo risolta. Ma io su ciò faccio qui la mia più ampia e netta professione di fede: riservato il taglio cesareo per i casi in cui le indicazioni sono assolute, sono un convinto sostenitore della amputazione utero-ovarica; ciò credo di aver dimostrato con mezzi molto più dimostrativi delle parole, con i fatti: due operazioni e due successi favorevoli pronti, regolari, tipici (2).

---

(1) Mangiagalli. Le più recenti modificazioni del taglio cesareo, ecc. *Annali di Ost., ecc.* Milano, 1883-84.

Godson. Porro's Operation. *British Medical Journal.* Gennaio 1884.

Truzzi. Sulla operazione Porro. Milano 1884. (Dagli *Annali Universali di Medicina*).

(2) Si vegga la prima osservazione nello scritto: *Due nuovi casi di taglio cesareo*, ecc *Annali di Ostetricia*, ecc. Milano 1881.

Trascorrendo ora su questo punto essenziale e supponendo sempre di eseguire la operazione cesarea per indicazione simile a quella narrata precedentemente, vediamo qualcuna delle questioni secondarie su cui amo alquanto soffermarmi. Le mie considerazioni si riferiranno: 1) al momento più opportuno per compiere l'atto operativo, 2) alla convenienza o meno di eseguire la variante Müller, 3) al trattamento del peduncolo; ma questa ultima troverà più opportuno luogo, nel susseguente paragrafo ove appunto si parlerà dell' amputazione sopravaginale utero-ovarica per indicazioni ginecologiche.

1) Scelta del momento più opportuno per l'atto operativo. Naturalmente qui non si può far parola dei casi ancora non infrequenti ne' quali l'ostetrico è chiamato al letto di donna gravida ed in travaglio di parto, e nella quale sia indicato il taglio cesareo: la coltura ognor più estesa delle levatrici, e la educazione del popolo stesso, renderanno con il progredire del tempo ognora meno frequenti questi casi; qui non vi ha possibilità di scelta. Questa invece si ha allorquando si è constatato da tempo più o meno lunga la gravissima distocia, ed allorquando l' operazione cesarea è prestabilita. Facendo susseguire l' operazione cesarea dall'amputazione utero-ovarica quale è il momento più opportuno?

Il Mangiagalli nel suo citato lavoro su questo riguardo si esprime con le seguenti parole (1): « Quanto alla scelta del momento in cui si debba operare, nei casi in cui la scelta sia permessa, è ormai assodato come convenga praticare l'atto operativo prima ancora che il travaglio sia avviato ed il Chiara fu il primo ad insistervi in modo speciale. Ne sono vantaggi inestimabili il poter operare a tempo fisso avendo così campo a fare tutti i preparativi in rapporto all'antisepsi ed alla assistenza e l'avere una *cervice ben definita*. A chi ricorda le modificazioni che il collo subisce nel corso del travaglio, parrà questa senza alcun dubbio una condizione anatomica di grande importanza per il tecnicismo operativo, specialmente nei casi in cui sgusciato l'utero integro, si voglia fare l' emostasia preventiva. Ma anche incidendo l' utero in sede dobbiamo pure ricordare come per un soverchio prolungarsi del travaglio la testa possa essere così digerita, per servirmi della espressione stessa di C. Braun, nella cavità cervicale da trovare difficoltà ad estrarnela. A. Simpson fissò poi anche la propria attenzione sul fatto della mutazione dei rapporti della vescica che si eleva nel corso del travaglio specialmente se prolungato e ne trasse nuova prova in favore della opportunità di operare fuori travaglio. » Queste righe riassumono tutte le ragioni generalmente accettate, che inducono ad intervenire prima od all'inizio del travaglio. Tali motivi si trovano pure distesamente ricordati in un mio scritto an-

---

(1) Le più recenti modificazioni del taglio cesareo. *Annali di Ostet.* ecc. 1883, pag. 717.

tecedente di due anni a quello del Mangiagalli, riferentesi appunto a *Due casi di taglio cesareo* osservati alla Maternità di Milano (1).

Contro queste idee che sembravano accettate dai più sorse recentemente una voce, ed è giusto che noi ascoltiamo ancor questa.

Il Dott. A Guzzoni degli Ancarani 1° medico assistente alla clinica ostetrica di Pavia, riferendo una sua osservazione di taglio cesareo alla Porro, con esito felice per la madre e per il feto (2) discute questo punto.

Ricordate le opinioni e riportate anzi le testuali parole di non pochi ostetrici, espone le ragioni portate in favore dell' intervento prima dell' inizio del travaglio e così conclude: « Sarei tratto a questa conclusione che, quando cioè è in facoltà dell' ostetrico di scegliere il momento più opportuno per l' amputazione utero-ovarica cesarea, ciò sia non fuori di travaglio, non ad inizio di travaglio, ma si debba invece aspettare che questo progredisca ed eseguire tale operazione a *dilatazione completa*. E qui conviene ricordare che nelle gravi viziature pelviche difficilmente la dilatazione diventa completa come nei parti normali, perchè la testa non scende nello scavo: di ciò si deve tener conto per non perdere in un'eccessiva attesa un tempo prezioso. » (l. c. pag. 62 colonna 1ª).

Le ragioni principali che inducono il Dott. Guzzoni a così concludere sarebbero: 1° evitare l'errore involontario di interrompere troppo presto una gravidanza che avrebbe potuto prolungarsi ancora; 2° a dilatazione completa essendo espanso il segmento inferiore e quindi sottile, il moncone risultante sarà più piccolo e meno ricco di vasi; 3° a dilatazione completa la vagina è rammollata, distesa ed allungata donde meno stirato risulterà il peduncolo.

A queste ragioni mi sembra che se ne possano metter di fronte altre. L'operare fuori travaglio non corrisponde all'operare molto tempo prima del travaglio: tranne casi eccezionali, si può con sufficiente esattezza computare l'età della gravidanza: la pratica giornaliera ci mostra che tale valutazione fatta complessivamente e dai dati anamnestici e da quelli risultanti dall'esame, ci permette di stabilire non infrequentemente il momento quasi preciso del parto, od almeno di avvicinarsi a questo in modo, da non avere considerevoli differenze: mi pare che la ragione addotta dall'egregio collega, possa più riferirsi alle eccezioni, che non alla generalità dei casi: d'altronde noi possiamo con frequenti esami attendere que' segni che preannunciano il travaglio, senza che questo sia veramente ancora avviato, e nella peggiore ipotesi noi possiamo intervenire ad appena iniziato travaglio, come nel mio secondo caso, ed allora l'errore è affatto evitato.

---

(1) Negri. Due nuovi casi di taglio cesareo, ecc. *Annali di Ostetricia*, 1881.

(2) Un'amputazione utero-ovarica cesarea donna salva — bambino vivo — *Gazzetta degli Ospitali*. Milano 1886. 7, 8, 9.

Rispetto alla seconda ragione, maggior sottigliezza del segmento inferiore, minor volume conseguente del moncone residuo, qui ci troviamo di fronte ad un ragionamento diametralmente opposto a quello che fanno i sostenitori dell'intervento prima del travaglio. Per i più è una cosa veramente desiderabile *l'avere una cervice ben definita,* per il Guzzoni invece è preferibile che il collo sia completamente cancellato, anzi la dilatazione completa. Io sto con i primi; lo dico per convinzioni teoriche e per convinzioni *pratiche:* i miei due casi son tipici per questo rispetto e stanno quasi agli estremi opposti della scala: eppure se bene ricordo il moncone della operata del 1881 era almeno quattro volte più voluminoso di quello della operata del 1885: ciò può essere unicamente dovuto alla differente grandezza e spessezza dell' uno e dell' altro utero; ma lasciando da parte questa che può essere una accidentalità, io faccio la seguente considerazione: l'amputazione utero-ovarica sopravaginale è stata portata dal Porro dal campo ginecologico in quello ostetrico.

(Ciò scrivendo, noi però siamo ben lungi dall' ammettere quello che dice il Péan, e che qui riportiamo, non avendo veduto alcuno tra gli ostetrici nostrani aver preso su questo proposito la parola :

« La gastro-hystérectomie diffère de l'opération césarienne en ce que le chirurgien excise le corps de l' utérus au lieu de se contenter de l' inciser pour en extraire l'enfant et la délivrance. Cette opération port vulgairement le nom de Porro, bien que je l'aie appliquée et proposée dans mes leçons cliniques avant que ce chirurgien ait songé à la pratiquer. »

(*Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du Bassin.* Tome II, pag. 1279, Paris 1885)).

La ginecologia può in tale questione, portare il risultato della sua esperienza ben più vasta: interroghiamola. Se si deve praticare la amputazione sopravaginale per fibromi sviluppatisi nell' utero si trae un elemento prognostico favorevole dallo stato del collo: quanto questo sarà più lungo tanto riescirà più facile la formazione del peduncolo, tanto riuscirà questo meno stirato: per tali ragioni io preferisco operare, prima che il collo sia disfatto; a parità di circostanze sto per un peduncolo più grosso ma più lungo, piuttosto che per uno più corto sebbene più sottile.

Sull'allungamento e rammollamento vaginale dovuto al travaglio nulla c'è da opporre: ma non bisogna dimenticare che ordinariamente nelle gravi deformazioni pelviche, massime se allo stretto superiore, fino dai primi mesi della gravidanza la vagina è fortemente stirata ed allungata in guisa , che poco più vi aggiunge ancora il travaglio di parto, e ad ogni modo il benificio ricavato non è proporzionato agli altri inconvenienti.

E poi è nostra convinzione che in un tempo non lontano si abbandonerà

il trattamento extra peritoneale del peduncolo, ed in allora tutte queste considerazioni perderanno certamente nel loro valore.

Che si possa fare l'antisepsi rigorosa tanto in donna vicina al travaglio come in quella a travaglio avanzato, noi conveniamo pienamente con il collega Guzzoni: ma per quanto attente tutte le pratiche antisettiche, per quanto pedanti e minute, avrà questa antisepsi probabilità maggiore di essere completa in donna fuori di travaglio, oppure in donna già in travaglio da non poche ore, e nella quale con tutta probabilità, le membrane si saranno rotte, e le acque saranno già colate?

A me pare che senza forzare i fatti, si possa accettare che qualsiasi atto operativo (e come tale considero dal punto di vista della antisepsi anche il più naturale dei parti) a parità di circostanze, possa essere tanto più sicuramente antisettico, quanto minore ne è la durata.

È inspirato a tati concetti che una volta fatto certo che nella mia seconda operata incominciava il travaglio di parto, ricorsi subito all'atto operativo, sebbene a malincuore, visto lo spontaneo interrompersi della gravidanza ne' primi giorni del 9° mese.

2) Sgusciamento dell' utero intero ed emostasia preventiva. Come è noto questa proposta appartiene al Müller e diciamolo senz'altro ha incontrato il favore di non pochi ostetrici: tuttavia secondo me questa variante è cosa ottima, ma non applicabile *in tutti i casi:* ammetto volontieri che potrà usarsi in molte circostanze, che lo dovrà in alcune speciali, ma non posso accettare la sua estensione a tutti i casi come da taluno si vorrebbe. Ciò dico basato sul mio secondo caso, il quale mi fece risovvenire quanto su questo proposito scrisse il mio maestro Prof. Domenico Chiara « si dovrà subordinarla rigorosamente alle condizioni fisio-anatomiche di capacità addominale, di volume, direzione, sito dell' utero proprie a ciascun caso speciale, oppure non andar oltre a pochi tentativi se infruttuosi (1). »

Nel caso del luglio 1885 se io avessi voluto estrarre l'intero utero avrei dovuto spaccare l'intera parete addominale anteriore: sono convinto che l'incisione sarebbe stata condotta fino alla punta sternale: ciò era dovuto alle speciali condizioni anatomiche dell'addome, e pare che ciò sia avvenuto ad altri se ricordo qui le seguenti parole del Tarnier « pour pouvoir employer le procédé de Müller, il m'eût fallu faire une incision extrêmement longue, remontant presque jusqu'à l' appendice xifoide, vu la petite taille de la femme. » Ora l' estrazione dell'intero utero a mio parere, dovrebbe essere lasciata a scelta dell' operatore,

---

(1) Fatti e commenti clinici. *Annali universali*, 1878.

considerando le speciali indicazioni per ogni caso: la metterei solo per condizione qualora si avesse fondata ragione per ammettere, od anche solo per sospettare incominciato un processo morboso infettivo nell'utero; ma in casi contrari, specie operando fuori travaglio, ammesso anche che nel cavo peritoneale si versi un po' di liquido amniotico o cada qualche po' di sangue, saranno queste cause di insuccesso? E chi non ha visto praticando un' ovariotomia cadere nel cavo peritoneale del liquido cistico, e tuttavia non aversene tristi conseguenze?

Ma non dobbiamo dimenticare che duplice era lo scopo del Müller: non solo impedire il versamento dei prodotti nel cavo peritoneale, ma eziandio provvedere all'emostasia preventiva: ora questa si può ottenere anche in altro modo, passando cioè un tubo elastico sulla parte inferiore dell' utero in sito, prima di inciderlo, proposta che non gode le mie simpatie; ma quello che è più facile si è che si può limitare la emorragia ad una minima perdita di sangue, anche senza ricorrere alla costruzione preventiva elastica, qualora si mettano in atto certi avvedimenti. Si riferiscono questi al luogo d'incisione dell'utero, alla rapida estrazione di esso, ed al non praticare (quando ciò torni possibile) il secondamento.

Fu il Godson che richiamò con il suo caso seguito da esito favorevole, l'attenzione sopra il *luogo* ove far cadere il taglio dell' utero una volta che sia messo allo scoperto. Appare dal suo scritto e dalla discussione avvenuta in grembo alla società alla quale fu comunicata l'osservazione (1), come il Godson si credesse il primo a praticare il taglio *trasversalmente* anzi chè *longitudinalmente:* infatti a pag. 5 colonna 2ª si legge: « My method of opening the uterus was a novel one, and I see no reason why it should not be always adopted. »

Ma prima del Godson un altro ostetrico, il Kehrer, avea già formulata questa proposta. L'ostetrico tedesco propose un suo metodo di operazione cesarea modificata: egli ricercava un punto della parete uterina nel quale i margini non avessere, o avessero minor tendenza, a farsi beanti: a tale scopo proponeva ed eseguiva due volte sopra donne viventi (una volta con felice, l'altra con infausto esito), l' apertura dell' utero in corrispondenza della circonferenza anteriore dell'orificio uterino interno (2).

A parte questa inesattezza storica (3) nella quale incorse involontariamente il

---

(1) Porro's operation. Introduction to a Discussion in the section of obstetric Medicine. (*British Medical Journal.* January 1884).

(2) Kehrer. Ueber ein modificirtes Verfahren beim Kaiserschnitte. *Archiv.* 1 Geyn. 1882 XIX Bd N. 2 *Mangiagalli*, ecc., l. c. pag. 4. *Annali* 1884,

(3) Correggendo le bozze, sono costretto a tener nota di un recentissimo lavoro solo in parte comparso negli *Annales de Gynecologie,* marzo 1886; porta per titolo: *De l'opération cesarienne* (pag. 179 e segg.) ed è dovuto a J. Potoki — a pag. 208 si legge: « L'incision transversale faite pour la première fois par Lebas, de Mouilleron, a été reprise par Lauverjat, quelques années plus

Godson e che solo volli rilevare perchè qualche ostetrico italiano pure chiamò *nuova* la proposta dell'ostetrico inglese, le ragioni portate in campo in favore della sua proposta non possono trovare oppositori e specialmente si riassumono nell' evitare di cadere sulla placenta, e nel rendere più pronta la estrazione del feto.

Però si può arrivare allo stesso risultato anche seguendo la vecchia via almeno in parte: ciò avrà notato il lettore scorrendo la osservazione premessa a questo scritto. Fattomi certo che nella regione anteriore dell' utero non cadeva la placenta, per il fatto che io potea sentire con tutta facilità e quasi a nudo la testa fetale, spaccai nella parte inferiore l'utero sulla linea mediana, nella parte superiore per non avvicinarmi troppo al fondo, ed in conseguenza al luogo ove più probabilmente si incontra la placenta biforcai la incisione in guisa che questa assunse la forma di un Y. In tal modo evitai l' inserzione placentare, e la perdita di sangue dalla praticata incisione fu veramente minima: alcuni giorni più tardi discorrendo del caso con il mio maestro Prof. Chiara, ebbi la soddisfazione di intendere, che in caso analogo, analogamente fece e se ne trovò contento. Del resto in un nuovo caso nulla avrei contro il taglio trasversale, che, se non erro, deve fra noi aver trovato un esecutore nel Prof. Calderini di Parma, in un caso da lui operato nel 1885.

Conseguenza immediata del rispettare per quanto si può con il taglio della parete uterina l' inserzione placentare, deve essere il *non fare il secondamento.* Trascorrendo la maggior parte delle osservazioni finora pubblicate si scorge come cura degli operatori sia stata dopo la estrazione del feto, il togliere gli annessi fetali. Questo può essere necessario nei casi, non rari invero, ne' quali la incisione cade sulla placenta, ma deve sempre evitarsi quando il caso, o la volontà, abbiano impedito questo accidente: anche il Godson insiste su questo punto, ma una osservazione più lontana rimase sempre fissa nella mia mente, quella di Taylor (9 aprile 1880), caso LII nella statistica del Mangiagalli; e più che dalla lettura della osservazione ove si accenna al non aver toccato alla placenta, mi restò fitta nella memoria la immagine fotografica dell' utero ed ovaje asportate in uno alla ancor inserita placenta. L'aver dunque io così fatto nel mio caso non fu che l'aver messo in atto ciò che la mente da tempo parecchio avea fissato. Con tali avvertenze non si può discorrere di emorragia: il taglio cesareo è accompagnato da perdita sì piccola di sangue che può essere appena calcolata

---

tard. Cet exemple a été imité. Mais tandis que ces accoucheurs incisaient spécialement l'utérus vers sa partie supérieure, nous avons vu Osiander l'inciser sur son segment inférieur. Plus recémment Kehrer, a repris l'incision tranversale faite a niveau du segment inférieur.... Déjà Joerg, en 1806 avait appliqué cette incision utérine. » — Ciò riportiamo per amore di esattezza.

a 150, 200 grammi, quantità bene inferiore a quello che si perde molte volte in seguito al più normale dei parti, e che viene ancor molto ridotta, se uncinato il fondo uterino ed immediatamente estratto il viscere vien questo compresso fra le mani, e subito circondato alla sua parte inferiore, e stretto con un tubo elastico, che un assistente tiene in pronto.

Per tali ragioni io non sono un partigiano sistematico della modificazione Müller: lo ripeto, la caduta di poco sangue o di liquido anmiotico nel cavo peritoneale non può essere la causa dei molti insuccessi che in altre circostanze trovano i loro fattori: la scelta del luogo della incisione, il non toccare la placenta, la rapida estrazione e provvisoria costrizione dell'utero, riducono la emorragia a cosa trascurabile.

Resta sempre accettata la proposta di Müller ne' casi di anche solo sospettata infezione.

b) Sull'amputazione utero-ovarica sopravaginale per indicazione ginecologica.

Per ben 9 volte nel corso di cinque anni ho praticato l'amputazione sopravaginale utero-ovarica, 7 volte per indicazioni strettamente ginecologiche, 2 volte a complemento del taglio cesareo. Io parlo anche di questi due casi, poichè per tecnicismo, per entità operatoria, per conseguenze sulla donna, non trovo ben fatto di separatamente considerarli.

Gli altri casi furono già tema di speciali pubblicazioni ed a quelle rimando il lettore per que' dettagli che desiderasse conoscere; voglio solo ricordare che si ebbero due esiti fatali e trovarono la loro causa unicamente nella infezione settica, che e nell'uno e nell'altro si manifestò sotto forma di peritonite. Ciò non ostante sopra nove operate si ebbero sette guarigioni; è questo un risultato che credo non dispregevole. L'amputazione sopravaginale utero-ovarica è ancora ritenuta per operazione gravissima; è anzi con un certo senso di meraviglia che io veggo segnati dai più, altissimi indici di mortalità che con poche varianti oscillano dal 30 al 50 per %, è con altrettanto piacere che io posso presentare la mia statistica personale che mi dà solo il 22 per cento.

Nella recentissima seconda edizione dell' opera di Gusserow (*Die Neubildungen des uterus – Hanbuch der Frauenkrankheiten red. von Billroth-Lücke*) la mortalità nella laparatomia per i miomi è ancora segnata al 35 %; questo almeno deduco da una recensione del Wiener nel *Centralblatt für Gynaekologie*, N. 8 del 1886, non avendo ancora in possesso la recentissima nuova edizione dell'opera ricordata.

Chi compulsi una ricca statistica nella laparotomia, quella del Lawson Tait, sarà colpito certamente da un fatto che deve qui essere a proposito di tale mortalità ricordato.

Sopra *mille laparotomie* il Tait può vantare solo 93 decessi, ossia il 9. 3 %; orbene analizzando tale ingente quantità di atti operativi, si trova che di 54 operate di *isterectomia,* ben 19 morirono, ossia nella proporzione del 35.7 per cento.

(Eine serie von 1000 Fallen von Bauchschnitt. *Centralblat für Gynaech*, N. 20 1885) (1).

La tenue mortalità della mia statistica è adunque unicamente dovuta alla fortuita combinazione di una serie di casi favorevoli? Ho fatto una attenta disanima dei casi e neppur da questo lato trovo la ragione dell' esito veramente fortunato: infatti trovo che le condizioni erano poco propizie in alcuni casi, decisamente sfavorevoli in altri, in parecchi anzi si ebbero complicazioni non indifferenti quali la presenza contemporanea al tumore uterino di assai voluminosi cistomi delle ovaje (un caso), di discreto tumore ovarico (un caso), di sviluppo del tumore nel legamento largo (due casi); si aggiunga a ciò le condizioni generali infelicissime di alcune tra le sottoposte all'atto operativo, di cui per tipo può prendersi la donna oggetto della osservazione quarta, innanzi riportata.

Io sono convinto che gli esiti sieno unicamente dovuti alla pedante antisepsi: si facciano pure questioni sulla scelta dell'antisettico, sulla sufficienza od insufficienza della sola pulizia, sui pericoli o meno dell'avvelenamento dell' operata, ma in me è entrato ed ogni giorno diventa più assoluto il convincimento che data l'antisepsi, tolti speciali fatti nel campo nervoso, l' esito *deve essere* la guarigione. Anzi io sono diventato tanto fidente in ciò, che dopo un atto operativo sull'addome, faccio in me stesso una rassegna di tutto l' andamento dell'atto operativo; cerco se in nessun momento non sia stato commesso errore alcuno contro i precetti della più stretta antisepsi, e dal risultato di questo esame formulo la mia prognosi. Ripeto non ci sarebbero che due soli fattori che potrebbero far cambiare tale mio pronostico; l'emorragia consecutiva e l'influenza della grave mutilazione sopra il sistema nervoso, ma tali accidenti finora non ho ancora potuto vedere.

Negli ultimi casi qui riportati fu seguito un tecnicismo quasi uniforme: mi restringerò al 2°, al 3° ed al 4°, come quelli che domandarono la grave mutilazione per condizioni anatomo-patologiche affini.

E innanzi tutto erano indicati tali atti operativi? potevamo noi, e possiamo

---

(1) Si veda: Carlo Schroeder. *Maladies des organes génitaux de la femme,* Paris, 1886. — A pag. 274, 275 interessantissimi ragguagli rispetto al pronostico della miomotomia.

ancor oggi toglierci dalle accuse del Verneuil che considera i chirurghi del giorno come in preda ad accesso di *prurigo secandi*, od a quelle ben più gravi del Keith che dice:

« Il existe, à l'heure actuelle, un engouement général en faveur de la section abdominale, *et toute femme atteinte de tumeur abdominale mobile n'à, des nos jours, que de trés faibles chances d'éviter cette section* » e aggiungiamo noi che chi parla così non è già un ginecologo *medico,* bensì un ardito chirurgo, e quello che più monta con felicissimi risultati operativi (1). Ora la giustificazione della nostra decisione la crediamo abbastanza svolta nelle storie a tale scopo riportate dettagliamente: è inutile che noi le ricordiamo anche per sommi capi.

E sul modo di intervento siamo noi passibili di rimproveri? Era in tutti e tre i casi unicamente indicata la demolizione contemporanea dell'intero utero in uno al tumore, ed alle ovaie?

In oggi che la terapeutica chirurgica si fa ogni giorno più ricca, in oggi che si raccomanda anche nella stessa ovariotomia per cistomi, la cura per quanto possibile conservativa per non togliere in modo completo la funzione della riproduzione, tale domanda non è certamente una pura e semplice curiosità: a qualcuno infatti poteva sorgere in pensiero di suggerire o la semplice castrazione, o la demolizione del tumore conservando utero ed ovaie. Lasciando da parte il 3° caso, ove trattandosi di tumore fibro-cistico dell'utero insufficiente sarebbe stata la prima proposta, impossibile la seconda, a nostro parere non dovea accettarsi la castrazione del 2° e nel 4° caso — era per noi contro indicazione l'enorme volume del neoplasma che come si constatò dopo l'atto operativo pesava nel 1° caso 5 chilogrammi, sette nel secondo; la castrazione è un ottimo provvedimento terapeutico; ma quando trova le sue giuste indicazioni, ed il nostro non era il caso: eguale ragionamento si può ripetere per la seconda proposta, quella della demolizione del solo tumore con la conservazione dell'utero e delle ovaie, ma contro questa oltre la troppo grande massa, veniva a trovarsi anche un altro fatto e cioè la posizione degli annessi uterini rispetto al tumore (2).

Giustificato così il modo di intervento vediamo come furono eseguiti gli atti operativi. Si cercò di operare rapidamente perchè è massima che nelle operazioni addominali il guadagno di tempo si converte in altrettanta salute: e per

---

(1) Keit. *De l'Hystérectomie — Annales de Gynecologie.* Settembre 1885 — Traduzione Labusquière.

(2) Si consulti per tale riguardo: Schroeder. *Maladies des organes génitaux de la femme* trad. par Lauwers et Hertoghe sur la 6e ed. Paris, 1886, pag. 267, 268, 269.

questo ottenere si cominciò a non *lesinare* sulla ampiezza della ferita addominale: si fece questa tanto grande quanto necessitava per avere la *facile* estrazione dell'utero ingrossato; ecco il perchè nella osservazione quarta non si badò ad estenderla fino a misurare 25 centimetri. Oltre a guadagno del tempo, si ebbe sopratutto in mira di fare anche la massima parsimonia del sangue della donna, e noi possiamo scrivere che a ciò si può facilmente arrivare con la emostasia preventiva che in tali casi presenta immensi vantaggi ed è scompagnata da qualsiasi anche menomo inconveniente.

Aperto l'addome si fa uscire l'utero e gli annessi più con manovre esterne che con maneggi interni, e volendolo si chiude buona parte della ferita addominale a monte del tumore, con punti di sutura nodosa: è tolto allora l'inconveniente della fuoriuscita delle anse e della caduta di liquidi nel peritoneo. Ciò fatto si circonda la parte inferiore dell' utero con robusto cordone elastico e dopo averlo stretto lo si fissa mediante robusta pinza. In allora noi siamo liberi di demolire in qualsivoglia modo l'intero utero, sia con taglio trasverso, sia come io preferisco, con ampio taglio antero posteriore — si riesce assai facilmente a sgusciare il tumore od i tumori, e si arriva a trovarsi nel caso perfettamente eguale a quella dell'utero gravido dopo l'estrazione del feto. Il sangue che sorte per la demolizione dell'utero è sangue ormai perduto per la donna; ma neppure goccia ne esce dal moncone per la presenza del laccio elestico. Durante la demolizione è bene circondare la base con pannilani i quali assorbano il sangue.

Arrivati a questo punto nulla è ancor compromesso relativamente al trattamento del peduncolo; rimane ancora quasi la intera buccia del tumore, e questa si può demolirla o reciderla con speciali accorgimenti, a seconda che si preferisca il trattamento intra o extra-peritoneale.

E siamo così arrivati a questo punto importante, ed è qui che riprendiamo il discorso lasciato a proposito dell'amputazione sopravaginale a complemento di taglio cesareo, poichè identiche le condizioni.

Quale è il trattamento preferibile? qualcuno, basandosi sopra i fatti, può crederci fautori del trattamento extra-peritoneale: ed invero fu sempre questo da noi preferito: e tuttavia nessuno forse più di noi è credente nella bontà dell'affondamento del peduncolo, e fa voti per la sua generalizzazione. E qui non so astenermi dal ricordare le parole che Amiot premette ad un suo studio sul trattamento del peduncolo dopo l'isterectomia: « Aujourd'hui, la technique de l'ovariotomie est parfaitement fixée. Après un période d'hésitations au sujet du traitement du pédicule, tous les chirurgiens sont maintenant d'accord pour le réduire dans la cavité abdominale, sauf indications spéciales. Il n'en est pas de même pour l'hystérectomie. Cette opération en est encore à la phase, qu'à

jadis traversée son aïnée, l'ovariotomie, des incertitudes et des tentatives diverses. L'attention des chirurgien de tous pays est actuellement tournée de ce côte. Il nous a semblé qu'il serait utile d'examiner l'état actuel de la question et sur tout du point en litige: le traitement de pédicule dans l'hystérectomie par la voie abdominale. Si un methode, si un procédé étaient sûrement préférables, tout le monde l'accepterait vite ; et comme pour l'ovariotomie, le débat serait clos (1).

Con tali propositi l'Amiot si pose al lavoro e sarebbe arrivato a questa conclusione: « Actuellement, avec le procédés dont dispose le chirurgien, la méthode extra-peritoneale est la meilleure (82, 75 guérisons pour 100) ; aprés vient la méthode mixte avec drainage (75 pour 100) et bien au dessous, la méthode intra-péritoneale (59, 53 guérisans pour 100) — (l. c. pag. 73).

Orbene noi crediamo che tale risultato sia in parte conseguenza di un fatto che si è verificato già in moltissime circostanze, e che cioè la mortalità per un atto operativo sia sempre più forte alle prime prove, oppure quando a moltissimi operatori appartiene un limitato numero di operazioni.

Non abbisognano giustificazioni per dimostrare la verità all'asserto, sta nella coscienza di ognuno. Ora quale meraviglia che l'affondamento tentato da tanti e chi sa in che modo, e con quali sistemi dia degli insuccessi? Ma d'altra parte è cosa certa che con il tempo accrescendosi la esperienza dei singoli operatori la mortalità dovrà certamente scemare perchè certo evitati non pochi degli accidenti.

Per me l'unico accidente e di grande valore che finora mi fece star lontano dall'affondamento si fu l'emorragia; ma non per questo mi asterrò dal praticarlo qualora mi si presenti nuova occasione, ed in tal caso lo farò seguendo i detami dello Schroeder (2).

Per non divagare rientriamo ne' casi nostri: in tutti e quattro fu proscritto qualsiasi costrittore metallico: fu sempre preferito il laccio elastico e la seta di Firenze. È inutile che noi diamo particolarmente qui le ragioni per le quali a tutti gli altri mezzi di costrizione noi abbiamo preferito il laccio elastico: esso è certamente il meno costoso, maneggiato con un po' di accorgimento è di facilissima e pronta applicazione, se convenientemente stretto è di ammirevole efficacia: toglie anche il più lontano pericolo di lacerare i tessuti che vengono stretti, non scivola in basso potendosi far attraversare mediante un comune

---

(1) Paris — A. Parent 1884, pag. 5 e 6.

(2) Al lettore che desider farsi un *giusto concetto* del trattamento intraperitoneale, consiglio la lettura della breve ma altrettanto chiara descrizione che ne dà l'A. stesso nell'opera sopra citata.

ago lanceolato da materassaio, tutto il cono cervico-uterino dall'avanti all'indietro nel punto che si crede più conveniente e stringere così in due separati segmenti il peduncolo: solo io repufo interessante la scelta del laccio: io a tal uopo usai un cordoncino pieno, ottenuto dall'arrotolamento di una sottile lamina di gomma elastica sopra sè stessa; la sezione trasversa di tale cordoncino si mostra a forma di spira, — tale cordoncino è fortissimo, è molto elastico ed in differenti esperimenti fatti e al momento dell'atto operativo e fuori di questo, mai non venne meno all'intento. I capi del cordoncino là ove devono venire ad incrociarsi usai sempre legare con cordoncino di seta.

Non abbiamo ancor sentita la necessità dei molti portalacci proposti, fra i quali recentissimo quello del Pozzi, per meglio assicurare il cordoncino elastico; — senza negarne la utilità, con un po' di accortezza il chirurgo può certamente farne a meno; e nella laparotomia minore è il numero degli strumenti impiegati, maggiore è la probabilità di una completa antisepsi.

Usai sempre mettere un robusto ago attraverso il moncone, al disopra del laccio: sebbene qualche volta tal pratica sia assolutamente inutile, tuttavia è bene seguirla in vista di quel terribile accidente che è il rientramento del peduncolo.

La medicatura di questo fu quasi sempre fatta con il jodoformio — non si aspettò mai la caduta completa spontanea del moncone, ma la si affrettò incominciando a reciderne pezzetti dall'8° giorno in poi.

Sopra un particolare voglio ancora fermare l'attenzione del lettore; nella osservazione quarta più che una amputazione sopravaginale dell'utero e delle ovaie si praticò la *intera asportazione* del viscere: infatti per lo sviluppo del tumore all'imbasso, per le condizioni del collo, il laccio venne precisamente a cadere sul limite di inserzione della vagina (1); tolto il piccolo tratto di peduncolo necrosato, al 10° giorno, nulla più restava di tessuto uterino. Non è la prima volta che avviene tal fatto — nella memoria già citata del Keith (per non fare altre citazioni) se ne trovano esempi e precisamente alle osservazioni XI, XII, XXX. Ora nel nostro caso si potrebbero attribuire a tal fatto i fenomeni vescicali che successivamente si ebbero a notare: ma non esito punto ad asserire che questi ne doveano essere assolutamente indipendenti: infatti per dato e fatto della presenza del tumore, già da tre anni era insorta una gravissima forma di cistite purulenta, e quello che è più un lento processo infiammatorio perivescicale come si potè notare al momento dell'atto operativo, processo che richiese per ben far delimitare la vescica, una injezione in essa, prima ap-

(1) In questo solo caso non si praticò la legatura segmentata.

punto di collocare il laccio definitivo sul peduncolo: mi confortano in questa mia idea altri due fatti: 1° che i disturbi vescicali continuarono anche dopo il 10° dì, epoca nella quale per la recisione del peduncolo e del laccio avrebbe dovuto cessare qualsiasi compressione sulla vescica; 2° che il Keith nei suoi casi non ebbe a lamentare accidente alcuno.

Dobbiamo ancora una parola relativamente alla struttura del tumore asportato dalla donna oggetto della seconda osservazione. L'Olshausen nell'opera citata parlando di questi tumori, accenna al fatto che col nome di cisto-fibromi dobbiamo oggi intendere una serie di tumori dell'utero, che *anatomicamente non stanno in connessione.* Giova pertanto ricordare quale fosse la costituzione di quello esportato nel nostro caso.

Dai preparati eseguiti dal Dott. Parona risultava evidente che il tessuto era unicamente costituito da un solo elemento, l'elemento fibro-cellulare: potea in conseguenza considerarsi il tumore quale un fibroma cellulare.

II.

Sulla torsione del peduncolo ne' tumori dell'ovaio.

Bisogna che io giustifichi del perchè contrariamente a quanto qui sopra è scritto, la prima osservazione che il lettore incontrerà, non sia un esempio di torsione del picciuolo: in quel caso fu da altri sospettato tale accidente, ma da me escluso: appunto per questo *suo valore negativo*, e perchè un esempio di ovariotomia bilaterale, ho creduto un non fuor luogo il qui riportarla.

Osservazione prima.

Sommario: *Nullipara — Cistoma di ambedue le ovaie a rapido sviluppo — Estirpazione delle due ovaie degenerate, guarigione rapidissima.*

C. R. maestra, vergine, di anni 34, ha un fratello sano; nulla di notabile dal lato ereditario; mestruata per la prima volta a 15 anni e poi sempre regolarmente per durata e periodo, non soffrì malattie d'importanza prima dell'attuale; ricercando pazientemente nei ricordi della intelligentissima ammalata, si trova che circa due anni prima dell'epoca nella quale venne operata, cominciava a provare come un senso di peso al fondo della pelvi, che s'inaspriva dopo lunghe passeggiate e quando nel letto decombeva sul fianco destro. Tutte queste

sensazioni si fecero più marcate nell'autunno del 1884, ma è soltanto coll'incominciare del 1885 che la C. s'accorse che il ventre s'ingrossava ed in cinque mesi l'aumento fu rapidissimo.

Contemporaneamente a ciò notò continui e molesti disturbi riferentesi allo stomaco per i quali richiese l'opera di più sanitari, tra i quali il Dott. Cesare Storari, che avendo riconosciuto la forma morbosa gentilmente richiese l'opera mia.

All'esame del 24 maggio 1885 la C. si presentava di alta statura, di forme armoniche, di nutrizione generale buona, mucose ancor bene colorite, masse muscolari bene sviluppate. L'esame degli organi del capo, del collo e del torace null'altro riscontrava di anormale che un certo ingrossamento del lobo destro della tiroide. L'addome è dilatato come in donna a termine di gravidanza, da un tumore ottuso alla percussione con limite superiore descrivente una curva convessa in alto, chiare mantenendosi alla percussione le regioni ileo-costali e lombari. Il tumore è manifestamente fluttuante ma la ondata non attraversa tutta la massa del tumore, gode di una certa mobilità se spostato e più da sinistra a destra che non da destra a sinistra; è ovunque indolente; la puntura eseguita con l'ago di Pravaz, dà poche gocce di un liquido citrino filante attaccaticcio. Non si pratica l'esame vaginale per volontà della ammalata e deliberatamente si rinuncia a quello digitale del retto; si porta la diagnosi, di tumore ovarico, si escludono aderenze di qualche rilievo basati sulla assoluta mancanza di qualsiasi forma anche lieve di peritonite; si esclude pure il sospetto di torsione del peduncolo emesso da un illustre professore che era stato consultato qualche giorno prima dall'ammalata, perchè mancanti tutti i segni capaci di richiamare l'attenzione su questo fatto.

Si attribuisce la poca mobilità del tumore al considerevole volume ed alla resistenza delle pareti addominali.

L'atto operativo fu eseguito il 27 maggio nell'abitazione dell'ammalata; furono attuate le più rigorose cautele per la disinfezione dell'ambiente, degli assistenti, dell'ammalata, di tutti gli oggetti necessari, dell'operatore; mezzo disinfettante fu l'acido fenico, il polverizzatore fu fatto funzionare prima e durante l'atto operativo.

Si trovarono presenti all'atto operativo i dottori Scudellari, Storari, Mosconi, Salmasi, Colognato, Benoni e Chauvenet. Il Dott. Storari s'incaricò dell'anestesia ottenuta in modo completo e senza verun accidente con il cloroformio. Mi assistè direttamente il Dott. Chauvenet.

L'incisione sulla linea alba fu della lunghezza di 9 centimetri e fu praticata senza impiego di sonda: scoperto il tumore, constatata l'assenza di aderenze fu punta e svuotata una grande cisti ed attraverso questa spaccata, altre se ne

punsero di più piccole, fino a che fu portata fuori dal cavo addominale una grande massa di cisti che con peduncolo largo ben dodici centimetri proveniva dagli annessi di sinistra. Giova notare che il conglomerato di tali cisti formava una specie di sacca che si spingeva profondamente nello spazio utero-rettale: mancando le aderenze la estrazione ne fu facile. Si riscontrò poi un secondo tumore del volume di un grosso pugno costituente un secondo cistoma e appartenente all'ovaio destro; un peduncolo largo otto centimetri lo fissava agli annessi di destra. Fatta successivamente la legatura segmentata di ambedue i peduncoli con seta di Firenze, e cosparsi i due monconi con polvere di jodoformio furono ambedue abbandonati nell'addome. Praticata la pulitura del cavo addominale fu chiusa la breccia con cinque punti di sutura nodosa profonda e quattro superficiali (seta). L'atto operativo durò 40 minuti — minima fu la perdita di sangue.

I pezzi esportati risultano: quello di sinistra da un cistoma moltiloculare (le cisti sommano a circa una cinquantina) a contenuto colloideo — quello di destra riproduce interamente lo stesso fatto, solo il volume ne è incomparabilmente minore.

Il peso complessivo delle cisti e del liquido si può valutare a circa dieci chilogrammi.

L'andamento consecutivo fu tipico e lo riassumo così: il *dolore* susseguente non fu molto intenso, ed era completamente cessato al 2° dì; il *vomito* e la *nausea* mai comparvero. L'*emissione dell'urina* fu impossibile nel 1°, 2° e 3° dì durante i quali si ricorse alla siringatura. Dal 4° giorno in poi si rifece sponspontanea. Mai s'ebbe a notare *destensione addominale* , nè emissione di gaz dalla bocca o dall'ano. Il *polso* segnò la massima frequenza a 105 al minuto — oscillando ordinariamente fra 80-100. La *temperatura* toccò solo qualche volta 38° durante i primi cinque dì.

Fra i fenomeni degni di nota ricordo la comparsa di *perdita sanguigna* dal canale vaginale, al 2° dì; fu preceduta da lievi dolori pelvici e per maniera di comparsa, per quantità di sangue, e durata (3 dì) dalla operata in tutto si paragonò ad una regolare mestruazione.

L'*alvo* si aperse solo al 7° dì in seguito a purga oleosa. All'8° *giorno* furono tolti tutti i punti di sutura ed il coalito era completamente avvenuto. Al 10° *giorno* incominciò ad abbandonare il letto per qualche ora.

Al 31 Dicembre 1885 (cioè dopo sette mesi) la C. gode completa salute: mai s'ebbe goccia di sangue dai genitali; anche dopo la doppia asportazione dell'ovaia la C. mantiene un carattere eminentemente eccitabile; nell'epoca in cui dovrebbe comparire la mestruazione e non ha luogo, prova dolore alla pelvi e senso di malessere generele: ma tali disturbi vanno di mese in mese sempre più mitigandosi.

Osservazione seconda.

Sommario: *Cistoma dell'ovaio destro — torsione sul picciuolo diagnosticata — ovariotomia — guarigione.*

N. N. maritata, di anni 34 di S. Giovanni Lupatoto (Prov. di Verona) — da 10 anni circa passata a marito, ingravidò quasi subito e partorì a termine. Per quanto si cerchi di avere una idea sulle sensazioni provate dalla donna in rapporto alla malattia attuale, nulla si riesce a costrurre, tranne che da tempo provava senso di peso e dolore nelle parti inferiori dell'addome. Pare, ma non si può accertare, che parecchie volte sia stata disturbata da qualche cosa che si può paragonare ad una peritonite circoscritta. Mai fu obbligata a letto.

Io la vidi per la prima volta verso la metà del mese di Agosto del 1885 in compagnia del signor Dott. Dusi medico curante. Lo stato in cui si trovava la N. era senz'altro grave: febbre continua da 38.5 40°, vomito ostinatissimo, ventre disteso, dolori vivissimi a tutta la zona sottombellicale, ed in gran parte anche della sopraombellicale, polso piccolo frequente da 130 a 140 per m.

Per quanto tornasse malagevole l'esame fatto in queste gravi condizioni potei rendermi certo di due cose: 1° che la peritonite in corso era secondaria alla presenza di un grosso tumore sito nel cavo addominale; 2° che questo tumore era affatto indipendente dall'utero, e che per caratteri dovea ritenersi appartenente all'ovaio. La certezza che il tumore non appartenesse all'utero, mi mi fu più che altro data solo riscontro vaginale: potea infatti il dito sentire l'utero in retro-latero versione destra, sufficientemente mobile, leggero, non ingrossato, ed al disopra di esso spingersi dall' alto nello scavo un grosso segmento di un tumore subrotondo, elastico, voluminoso, molto più facilmente raggiungibile dal fornice vaginale destro.

L'esame vaginale riusciva però doloroso, impossibile poi quello combinato vagino-addominale. Nulla aggiunse per la diagnosi il riscontro rettale. La diagnosi in allora portata fu adunque di peritonite diffusa dovuta alla presenza di un tumore ovarico. Continuata la cura sintomatica già istituita dall'egregio collega, dopo circa un mese i fenomeni peritoneali erano sedati: insorse allora una bronchite diffusa che tenne la donna altri 15 giornate a letto; finalmente ai primi di ottobre la N. potea considerarsi convalescente. Avea notato nel frattempo che la circonferenza addominale era sensibilmente diminuita; scomparsi affatto i dolori, ritornato l'appetito.

Il 9 Ottobre ebbi campo di fare un nuovo esame sul risultato del quale

dovea esser basata la via terapeutica. Entro all'addome si trovava un tumore del volume di un utero gravido alla fine del 7° mese: di consistenza elastica, ma non manifestamente fluttuante: dolente alla pressione in corrispondenza de' quadranti inferiori; ottuso alla percussione, con linea di confine a convessità superiore. Perfettamente eguale si manteneva il reperto vaginale. Si riconfermò la diagnosi di tumore ovarico, ma ciò non bastando si volle eziandio indagare la causa della gravissima peritonite: si credette di ritrovarla nella torsione del peduncolo: la cosa era vera: il perchè si sia portata tale diagnosi verrà detto in altro luogo.

Si propose alla donna la cura radicale e siccome non si prestava affatto la abitazione sua, fu indotta a farsi ricoverare contro pagamento, nell' ospitale di Villafranca diretto dal dott. Bontempini.

Premesse tutte le consuete norme di disinfezione, praticai l' atto operativo il giorno 16 ottobre 1885 alle ore 1 pom. presenti i signori dottori Bontempini' Chauvenet, Benoni, Mosconi, Scudellari, Dusi, Zermann e Rizzini, per la massima parte espressamente venuti per presenziare l'atto.

Ottenuta la completa narcosi cloroformica, operando sotto generosa nebbia carbolica in ambiente riscaldato a 24°, incisi la parete addominale sulla linea mediana. Come si prevedeva si trovarono subito complete aderenze fra parete anteriore del tumore e parete addominale anteriore: ma tali aderenze erano lasse: rottele uscì una certa copia di siero sanguinolento, nerastro che rimaneva racchiuso fra parete addominale e tumore, e che necessariamente dovea essersi prodotto ed incapsulato in seguito al notato processo di peritonite. Procedendo all'esame del tumore si riscontrò il grande omento disteso e come incollato sulla faccia anteriore del tumore: fu staccato ed in parte esciso praticando cinque legature perdute con seta. Poi si videro quasi tutte le anse del tenue aderenti alla parte più alta del tumore, alle due regioni laterali, alla faccia posteriore: tutte le aderenze erano facilmente cedevoli, ma discretamente vascolarizzate, e diedero in conseguenza luogo ad abbondante gemizio sanguigno. Esse furono tutte rotte mano mano che con pinza uncinata si estraeva il tumore che precedentemente era stato spaccato.

Tolte tutte le aderenze fra cui notabili alcune con il cieco, ed estratto il tumore apparve il peduncolo torto manifestamente dallo interno all' esterno ed attorno ad esso la tromba falloppiana disposta a spirale; per rimettere il peduncolo nelle condizioni normali fu necessario il far compiere al tumore due giri e mezzo attorno all'asse verticale. Il peduncolo lungo e relativamente stretto partiva dal lato destro degli annessi uterini. L'utero apparve piuttosto ingrossato, sano l'ovaio sinistro.

Fu praticata generosa *lavatura* del peritoneo con acqua fenicata al 2 % a

40° centig.; il peduncolo sebbene presentasse trombotici molti dei suoi vasi, fu tuttavia legato con seta fenicata, e dopo aver attentamente ripulito il cavo peritoneale e procurata la emostasia dei numerosissimi vasellini lacerati col mezzo di pannolani assai caldi, omettendo il drenaggio, si passò alla consueta sutura della ferita addominale.

Il tumore così esportato risultava fatto di un consueto tumore ovarico multiloculare, la caratteristica stava nel colorito giallo-verdastro. e nel contenuto delle singole logge, risultante da siero sanguinolento e da depositi fibrinosi. Il tessuto che formava il tumore rammollato ed imbevuto in modo perfettamente analogo ai tessuti di un feto in avanzata macerazione. Svuotato di tutto il liquido pesava gr. 2500 circa.

Andamento consecutivo.

Fu alquanto anormale nelle 24 prime ore per vomito, dolori all' addome e temperatura che toccò il 38.8°. Ne' giorni successivi tutto però ritornò in tranquillo stato e la temperatura non raggiunse che qualche volta 38°. In 8ª giornata si tolsero i punti, in 15ª abbandonò il letto, in 20ª l'ospitale completamente guarita.

Quasi in appendice a questa osservazione ne riporto un'altra, nella quale sebbene non vi sia stato intervento alcuno, tuttavia si nota certa analogia con la esposta.

Osservazione terza.

La possibilità di questa osservazione la debbo alla gentilezza del collega sig. Dott. Cesare Storari.

N. N. di Brescia, domiciliata in Verona, di anni 40 circa, vien colta repentinamente negli ultimi giorni dell' agosto 1885 da vivi dolori all' addome e da febbre violenta. Per quante interrogazioni si facciano non si riesce a sapere se la donna avesse prima notato o meno la presenza di un ingrossamento del suo ventre: solo accennava che da un certo tempo provava dolore nel quadrante sinistro inferiore addominale: ma tale dolore mai la obbligò a letto. Un mattino mentre attendeva alle faccende domestiche, fu (come si disse) improvvisamente colpita da dolori vivissimi e da febbre, ed obbligata a mettersi a letto.

All'esame si riscontrava la regione ipogastrica occupata da un tumore della grandezza di quasi una testa di adulto, dolentissimo anche sotto leggera pressione specialmente a sinistra, e manifestamente fluttuante. Esclusa mediante la siringatura la possibilità che si trattasse della urocisti distesa, si passò all'esame

vaginale con il quale potè stabilirsi esser l'utero in antiversione non ingrandito e non in intimo rapporto con il tumore sopra descritto: l'esame non poteva però esser troppo particolareggiato perchè assai doloroso alla paziente.

La paziente fu obbligata a letto per oltre 2 settimane in causa de' dolori anche spontanei e della febbre: rifuggente da qualsiasi atto operativo ci vollero non poche preghiere per ottenere il permesso di aspirare con la comune siringa di Pravaz piccola quantità del contenuto. Come si era supposto fu estratto del liquido *tenue sanguinolento;* era mio vivo desiderio anche senza intervento attivo, l'assistere alle fasi successive del caso, ma la donna per potenti ragioni dovette abbandonare la città, ancor prima della cessazione completa dei fenomeni peritoneali, e la perdetti di vista.

La torsione del peduncolo ne' tumori dell'ovaio è accidente assai raro? A chi compulsi l'opera dello Spencer Wells (Des tumeurs de l'ovaire, ecc. Paris 1883, pag. 68), potrebbe apparire questa condizione patologica come tale, ed infatti lo Spencer scrive: J'ai observé le même chose, pendant mes opérations, au moins dix-huit à vingt fois. Ora venti volte su mille casi costituirebbe solo il 2 $_0/^0$, ciò che potrebbe anche dirsi abbastanza raro. Ma lo Spencer stesso soggiunge, quasi per mitigare questa proporzione, « et certainement il doit y avoir des cas où cela est passé inapercu. » Che la cosa abbia dovuto essere quale lo S. W. crede non si deve aver difficoltà ad ammettere qualora si cerchi nelle statistiche di altri operatori: frequentissima in quella di Howitz che l'ebbe a notare ben *tredici* volte sopra un totale di 58 *casi*, meno frequente, ma ancora assai più che non sia segnato dallo Spencer, in quella di Olshausen, ove la si trova notata 21 volte sopra 322 ovariotomie, il che costituirebbe la proporzione di circa il 7 per cento. Per mio conto per quanto sia meschina la pratica mia in argomento, lo debbo ascrivere fra gli accidenti non rari, essendomi occorso nel volgere di poco tempo non meno di tre volte (1).

Si può adunque chiamare relativamente frequente tale accidente e credo che non sia per questa ragione affatto inutile il cercare se vi sieno de' segni i quali ne possano permettere la diagnosi ancor prima dell'atto operativo. Ma per non divagare troppo noi ci restringeremo ad alcune considerazioni sulle osservazioni seconda e terza, che furono la causa determinante del presente scritto: soddisferemo così anche alla promessa fatta, di dare cioè le ragioni della diagnosi.

Ambedue i fatti hanno un lato comune, ed è che sia per trascuratezza delle

---

(1) Howitz. Die letzten 58 Oophorektomien in der Pileallè unternommen — *Centralblat fur Gyn.* — 18. 1885.

Olshausen. Die Krankheiten der Ovarien — *Centr. f. Gyn* — 9. 1886.

due ammalate, sia perchè mancante qualsiasi disturbo da parte dell'apparato genitale, la presenza dei tumori nei due casi fu solo notata dopo che nell'un caso e nell'altro apparvero i segni di una peritonite più grave, più diffusa nel primo caso, più mite nel secondo. Le sofferenze improvvise insorte da parte dell' addome richiamarono l' attenzione su questa grande cavità e condussero alla constatazione del tumore. È inutile che dettagliatamente noi diciamo il perchè si sia portata la diagnosi di tumore cistico dell' ovaio in ambedue i casi: bastarono i caratteri dei tumori, e la loro indipendenza dall'utero per stabilirne la sede e la natura.

Riguardo poi alla diagnosi di torsione del picciuolo essa fu controllata al momento dell'operazione nel primo caso, fu sospettata nel secondo e con ragioni che a noi sembrano sufficienti per farla ammettere. Ma per arrivare alla diagnosi dell'accidente in discorso crediamo utile il ricordare prima quali possano essere i differenti effetti della torsione. Possono così riassumersi.

1.° La torsione può farsi lentissimamente e gli effetti passare quasi inosservati — in tali casi i risultati possono anche essere favorevoli e cioè portare il raggrinzamento e quasi una relativa guarigione del tumore.

2.° La torsione fattasi lentamente o in modo acuto può condurre al distacco del tumore dal suo picciolo: ordinariamente prima del distacco il tumore prende aderenze con altre parti o visceri e per mezzo dei vasi che vengono a formarsi nelle aderenze continua a vivere.

3.° La torsione si compie in modo acutissimo: predomina allora la stasi venosa e ne conseguono stravasi sanguigni tanto forti da portare la morte per anemia acuta. Lo Spencer Wells ne ricorda due casi a pagina 71 del suo trattato già citato. In tali casi però è necessario che la torsione impedisca il reflusso del sangue venoso ma lasci libero l'aflusso di quello arterioso.

4.° La torsione avviene rapidamente: nella cisti si formano stravasi sanguigni: il tumore intero si fa edematoso: in allora si avrebbe dapprima un aumento nel volume e nella tensione: e questi segni dovrebbero godere un certo valore per la diagnosi.

5.° La torsione porta con sè infiammazione e suppurazione della cisti: oppure determina una forma di peritonite talora parziale altra volta diffusa e letale.

6.° La torsione, se completa, può determinare la cangrena dell' ovario ed in modo consecutivo una peritonite mortale.

A questi tipi fondamentali se ne possono aggiungere varietà infinite: ricorderò per mio conto due casi: il 1.° venne operato dal Prof. Mangiagalli nel 1881 ed in quel caso la donna (puerpera) era soggetta ad accessi dolorosi che in tutto si potevano paragonare a coliche nefritiche: il tumore era una cisti, unica,

torta, con liquido sanguinolento ed emorragie nella spessezza delle pareti: tolto il tumore la donna si trovò anche guarita degli accessi dolorosi. Nel secondo operato dal dott. Chauvenet nel 1883 la donna 15 giorni prima era andata soggetta ad una forma che fu contrassegnata da dolori addominali e diarrea; all'atto operativo il tumore fu riscontrato quasi totalmente riempito di masse di fibrina, aderente ovunque ma in modo lasso e quasi staccato dal peduncolo.

Nei nostri due casi (2° e 3°) la diagnosi della torsione fu specialmente basata sul fatto della peritonite insorta senza causa alcuna: esclusa la rottura della cisti non ci rimaneva altra via per spiegarci la cosa che la torsione del peduncolo: nel caso 2° l'atto operativo dimostrò vera la diagnosi; nel 3° l'andamento clinico e la natura del liquido aspirato dal tumore mediante la siringa di Pravaz, ci fecero convinti che anche in quello dovevamo trovarsi di fronte a simile accidente. Ma quello che è maggiormente utile a ricordarsi si è che e nell'uno e nell'altro caso fu solo questo accidente che condusse alla constatazione del tumore dapprima passato quasi inosservato.

Un'altro fatto importante è quello avvenuto nell' osservazione seconda: la rotazione cioè sull' asse verticale di un tumore relativamente voluminoso: per ispiegare il fatto si scrive dai più esser necessario: 1° un lungo peduncolo, 2° mancanza di considerevoli aderenze, 3° un volume limitato del tumore ed in prova l'Olshausen a pag. 1065 dice: « quando il tumore ha una significante grossezza, *naturalmente la torsione deve essere del pari impossibile*, come lorchè esistano larghe e solide aderenze » (Pitha e Billroth Enciclop-chirurgica, vol. 4°, parte 2ª).

Adunque la insorgenza di una peritonite acutissima, la mancanza di qualsiasi dato ed anamnestico ed all'esame che potesse far insorgere il dubbio d'una rottura della cisti, furono i primi segni che ci posero sulla via della diagnosi: ma non furono i soli: nella donna oggetto della osservazione 2ª nei due mesi durante i quali si sedarono i fenomeni peritonitici ed apparvero e scomparvero quelli di un catarro bronchiale diffuso, fummo testimoni di un altro fatto che ci rafforzò nella nostra diagnosi: quello cioè che sebbene di *poco*, tuttavia il tumore indubbiamente diminuiva di volume. È ovvio il perchè, ed in quale rapporto tale fatto dovesse trovarsi con l'accidente diagnosticato.

Riguardo poi alla terapia chirurgica la credemmo ancora indicata basati: 1° sul fatto che il tumore era ancora assai voluminoso, 2° che anche ammettendo un impiccolimento del tumore consecutivo alla torsione, questo impiccolimento sarebbe stato ad un certo punto arrestato dalle nuove vie di nutrizione per mezzo delle abbondantissime aderenze: 3° che dato ed accettato l'intervento era più opportuno affrettarne il momento per la considerazione che più facile dovea riescire il distacco del tumore qualora le aderenze fossero ancora giovini.

Sotto questo rapporto anzi noi avremmo desiderato di operare anche in corso di piena peritonite, e lo avremmo fatto se l'abitazione della donna si fosse appena appena prestata, convinti che anche in tal caso la prognosi non sarebbe stata peggiorata, come da consimili osservazioni veniamo assicurati.

Dalla relazione premessa io spero che il lettore avrà potuto farsi una chiara idea del come furono trovate le cose al momento dell' atto operativo: si può dire che non un centimetro quadrato del tumore era libero da aderenze con le pareti, con l' omento, con l'intestino; ma come era preveduto tali aderenze furono trovate lasse, ed assai sanguinanti.

Per coloro che sono credenti nella bontà, anzi nella necessità del drenaggio addominale profilattico, questo dovea essere il caso tipico per applicarlo, e certo seguendo i loro ragionamenti nessuno avrebbe osato gridar loro contro: qui infatti numerosissime lacerazioni di vasi che dovevano sfuggire a qualsiasi trattamento emostatico, qui in conseguenza un notevole versamento di siero sanguinolento nel cavo peritoneale, dopo la sutura della ferita: il che equivale al preparare il migliore de' liquidi di coltura per i germi patogeni.

E tuttavia noi ce ne siamo astenuti e con ottimo risultato: ma questa astensione fu conseguenza di un ragionamento basato 1° sul fatto che sicuri della medicatura antisettica, dovevamo ammettere come non necessaria la presenza di germi patogeni, od almeno ammetterli presenti ma resi innocui; 2° che avevamo avuto prove prima dell'atto operativo che il peritoneo godeva ancora di proprietà assorbenti, prove nel fatto che andava riassorbendosi quel po' di versamento siero-sanguinolento fattosi in conseguenza della peritonite insorta e superata.

Adunque la nostra astensione era basata su ragionamenti altrettanto accettabili e scientifici, quali sarebbero stati quelli portati in campo dagli oppositori.

E terminando vogliamo quasi a modo di conclusione ricordare:

1.° Che la tensione del peduncolo per gli accidenti che talora determina, può essere il primo ed unico fatto che conduce alla diagnosi di un tumore ovarico;

e 2° che il volume anche considerevole del tumore non è di ostacolo alla torsione del peduncolo.

Marzo 1886

Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze
diretto dal Cav. Prof. **D. Chiara**

CASISTICA D'OSTETRICIA MEDICA

DISTURBI GENERALI DI NUTRIZIONE E ADIPOGENESI

nota clinica ed osservazioni relative

del Dott. VITTORIO FRASCANI
Ajuto-professore nella Clinica Ostetrica di Pisa
e già medico-assistente nel R. Istituto Ostetrico Ginecologico di Firenze

Le non lievi difficoltà incontrate dal Clinico-Ostetrico di Firenze al momento di giudicare la natura della malattia che affliggeva e che poi uccise la donna di cui tesserò l'istoria e quelle nuove che sempre mi si sono affacciate e che mi hanno costretto di rifare la via nello studiare questo caso, mi trattennero dal prendere un partito decisivo sulla qualità della lesione che sottoposi alla mia osservazione; egli è perciò che ho intitolato questo scritto: « *Disturbi generali di nutrizione e adipogenesi* » essendo da una parte quest' ultimo fatto che si imponeva al solo volgere lo sguardo sulla nostra malata, ma non sapendosi dall'altra dire assolutamente con quale de' disturbi generali di nutrizione si aveva a che fare, se con una clorosi comune, con una anemia perniciosa progressiva o con una leucemia, riscontrandosi nel nostro caso fenomeni che potevano attribuirsi tanto ad uno che ad un altro di tali stati morbosi.

Forse il lettore, dopo aver ben ponderati i fatti che io esporrò, potrà crearsi un concetto diagnostico e classerà nel suo vero posto il disturbo di nutrizione che io sto per descrivergli; in ogni modo spero che il medesimo converrà che tal caso era degno di esser reso di pubblica ragione, per il fatto concomitante il disturbo nutritivo l'adipogenesi, cosa non tanto frequente in simili circostanze, e per tutto l' insieme degli imponenti fenomeni che presentò l'inferma, di cui ecco i dati:

Anamnestici. — Il giorno 2 marzo 1883 riparava nella Clinica Ostetrica d Firenze certa Favari Angiola di anni 25 attendente a casa; veniva da un paesello situato nei dintorni della città e raccontava di avervi sempre dimorato; fino da bambina aveva lavorato alla campagna e si era esposta alle più gravi fatiche, eseguendo anche lavori non proporzionati al suo sesso; il vitto sempre sufficiente per quantità era stato quasi esclusivamente costituito da erbaggi e da legumi.

Interrogatala sullo stato di sua salute raccontava che anche prima di maritarsi era spesso costretta di mettersi in letto affetta, secondo riferisce la malata, da miliare; volendo dalla Favari qualche dettaglio sulle modalità di tale malattia che la tormentò più volte essa raccontava di avere avuto febbre alta della durata di 4 a 5 giorni iniziatasi con brivido, accompagnata da dolori muscolari ed articolari, e da traspirazione abbondante della pelle la quale in capo a qualche giorno ricoprivasi, specialmente alla regione sternale, di vescicole ripiene di liquido trasparente, quadro fenomenico questo che fece ritenere piuttosto si trattasse di reumatismo muscolare o articolare e che l'eruzione miliariforme (sudamina) tenesse alla copiosa diaforesi.

Divenuta pubere a 12 anni il benefizio lunare non lasciò nulla a desiderare ne' suoi varii rapporti; maritatasi a 19 anni stette bene durante i primi sei mesi, ma quando la scomparsa del flusso mestruo le fece supporre di essere divenuta madre, cominciò ad essere tormentata prima da vomiturazioni che divennero in seguito veri vomiti insistenti, specialmente al mattino. Essi durarono quanto la gravidanza che terminò con un parto naturale seguito da puerperio fisiologico e da allattamento del bambino protratto per 10 mesi e sospeso quando la ricomparsa dei vomiti, meno imponenti però della volta precedente, ed altri segni fecero supporre alla donna di essere rimasta nuovamente incinta. Tali vomiti, ben chè minori d'intensità, persistettero durante tutto il periodo di gestazione, compiutosi il quale la donna partorì felicemente, ma dovette passare un puerperio assai grave. Interrogatala per sapere qualche cosa di preciso circa la malattia che la colse puerpera, racconta di avere avuto febbre continua, con esacerbazione vespertine, iniziatasi con brivido, accompagnata da iperidrosi e dalla solita eruzione vescicolare miliariforme. Diceva che il ventre non era nè meteorizzato nè dolente in alcuna regione, che non aveva tosse nè affanno; non fenomeni articolari, non localizzazioni in altri apparecchi. Nessuna informazione particolare ci fornisce circa la quantità e la qualità dei lochi, ci racconta solo che ad eccezione delle consuete lavande ai genitali esterni non furon fatte altre cure.

Quel che è certo che tale malattia caratterizzata principalmente da uno stato continuo di ipertermia durò per circa due mesi e indusse nella donna tale uno stato di anemia e di prostrazione di forze che il solo alzarsi sul letto determi-

nava in lei una grave lipotimia; intanto la pelle aveva preso un colorito decisamente cereo, era quasi sempre madida di sudore. In tali condizioni le era assolutamente impossibile di lasciare il letto, vi era continua nausea che aumentava non appena aveva presa qualche sostanza anche facilmente digeribile, nausea che terminava col vomito delle materie ingerite. In conseguenza di che le forze diminuivano sempre più; la pelle e le mucose visibili divenivano sempre più pallide e solo il pannicolo adiposo, e su questo fatto richiamo specialmente l'attenzione del lettore, non ostante la scarsa nutrizione e la intolleranza da parte dello stomaco, si manteneva nelle stesse condizioni di prima e forse andava di giorno in giorno quasi impercettibilmente ma progressivamente aumentando. Repugna al buon senso il crederlo, ma pure la Favari in tali deplorevoli condizioni volle, e le fu incautamente concesso, intraprendere l'allattamento del proprio bambino e cessò solo in capo a due mesi quando stremata di forze non le era neppur più concesso sedersi sul letto. L'allontanamento di questa causa deteriorante non fruttò subito alla povera donna un vero e proprio miglioramento che si fece anzi attendere per ben un mese quando lo stomaco cominciò a farsi più tollerante, i deliqui a comparire più di rado anche se l'ammalata si sedeva sul letto e l'abbandonarono soltanto dopo un altro mese; in tale epoca l'inferma, quantunque quasi tutti i giorni fosse colta da qualche lipotimia e insorgesse l'affanno al solo eseguire i movimenti anche più limitati, quantunque si avessero benchè in minor grado i soliti disturbi da parte dello stomaco, potè riprendere qualcuna delle sue occupazioni domestiche. Non è fuor di luogo notare che il tessuto adiposo aumentava quasi tutti i giorni di pari passo allo scoloramento della pelle che era sempre in traspirazione e ricoperta dai soliti *sudamina*, che imponentesi alla donna come segni di una miliare latente, la facevano spesso restare in letto. Insieme alla scomparsa del vomito era ritornato un poco di appetito e tutto faceva sperare alla guarigione, quando la donna rimase per la terza volta incinta. Nei primi tre mesi di gestazione le sue condizioni di salute non precipitarono al peggio, specialmente perchè le funzioni digestive non risentirono come le altre volte l'influenza di questo nuovo stato della donna, ma quando trascorsa quest'epoca vennero in scena le nausee e i soliti vomiti, essendovi da una parte una causa anemizzante maggiore dall'altra l'impossibilità di ripararvi, le forze vennero a mancare anche più di prima in guisa che il più piccolo movimento dei corpo determinava l'affanno, la produzione di copiosa diaforesi e infine una lipotimia chiudeva la scena. In questo lasso di tempo aveva defecazioni di materie semi-figurate, spesso cefalea, ronzìo negli orecchi, sogni interrotti. In tali misere condizioni stette fino al termine del 7° mese di gravidanza, quando per consiglio del suo medico curante si fece condurre nel R. Arcispedale di S. M. Nuova donde fu trasferita alla Clinica Ostetrica.

Esame obbiettivo. — Fatto subito l'esame della Favari venne riscontrato quanto appresso. La donna era seduta sul letto perchè qualunque altra posizione le era divenuta impossibile, il respiro accelerato lo diveniva maggiormente per il più piccolo movimento; il polso era frequente, celere ma regolare. Normale era la conformazione scheletrica, il pannicolo adiposo enormemente sviluppato tanto che, prese le circonferenze alla parte media delle braccia e delle coscie, si ebbe per le prime 36 ctm., per le seconde 75. La circonferenza poi della base delle mammelle misurava 57 centimetri. La pelle di tutta la superficie del corpo di colorito decisamente cereo insieme al soverchio accumulo dell'adipe facevano alla sola ispezione della donna credere che essa fosse anasarcatica, ma una palpazione diligentemente praticata rivelava che un leggerissimo grado di edema, se pure esisteva, lo era soltanto al dorso dei piedi e delle mani. Le mucose visibili tutte erano di colore roseo chiarissime tendente al giallastro, il colore scuro dei capelli e delle iridi spiccava sul pallidissimo della faccia, la lingua era umida, ricoperta essa pure da mucosa anemica, come pure le gengive, che rivestivano denti ben conformati e bianchissimi.

Praticato l'esame degli organi respiratori nulla di notevole riscontravasi alla ispezione e alla palpazione; la percussione ci dava sonorità semi-ottusa in tutto l'ambito polmonare, e ottusa decisamente in basso e indietro ove all'ascoltazione non si apprezzava ben distinto il mormorìo vescicolare, fatto di cui molto ragionevolmente si poteva incolpare l'enorme strato di grasso che separava l'orecchio ascoltante dalla superficie polmonare, circostanza questa che difficoltava anche l'esame del cuore di cui non si vedeva neppur l'impulso. La percussione di questo viscere diretta a determinare l'area assoluta e la relativa lo rilevava nei limiti normali e all'ascoltazione se ne sentivano i tuoni profondi ed accompagnati tutti da un leggero soffio dolce che si apprezzava benissimo anche ai vasi del collo.

L'addome era molto aumentato di volume sì per il grande spessore delle sue pareti, sì per un tumore che ne occupava i quadranti inferiori. La percussione del fegato e della milza ne dimostravano il normale volume. Nel tumore intra-addominale di che più sopra è fatta parola si sentivano delle piccole parti fetali che si muovevano sotto la mano, all'ascoltazione si udiva distinto il battito cardiaco fetale, dunque trattavasi di gravidanza. A quale epoca essa era giunta? Il fondo dell'utero arrivava a circa 4 ctm. al disopra della cicatrice ombelicale che distava 17 ctm. dal margine superiore della sinfisi pubica, il tumore ovoidale aveva un diametro longitudinale di circa 20 ctm., un trasversale di 16; dopo il luglio 1882 vi era stata amenorrea, mentre prima bensì scarsa pure la mestruazione era stata regolare per periodo, perciò era presumibile si trattasse di gravidanza nella 2ª metà del 7° mese.

L'esame dei genitali esterni nulla rivelava di anormale e il riscontro digitale trovava la vagina nel suo orificio e in tutta la sua lunghezza molto dilatabile e coperta di mucosa assai umida; il collo uterino molle e aperto nel suo orifizio esterno. Attraverso il segmento inferiore si sentiva mobile al disopra dello stretto superiore l'ovoide cefalico fetale probabilmente flesso. La pelvimetria dimostrava la normale conformazione della pelvi, l'analisi delle orine che erano normali per quantità e colorate in rosso scuro non vi ritrovava alcun principio anormale. La inferma aveva tosse secca insistente, anoressia, senso di oppressione all'epigastrio che si mitigava col vomito di materie catarrali tinte di bile o di sostanze alimentari non appena ingerite. Si lamentava di cefalea specialmente frontale, di dolori profondi agli arti e soprattutto a quelli inferiori e di ronzìo negli orecchi, aveva ogni tanto delle obnubilazioni susseguenti ai colpi di tosse e ai conati di vomito.

Avanti la sua ammissione in Clinica aveva pressochè tutti i giorni il benefizio dell'alvo ed emetteva materie figurate, dopo che fu sottoposta alla nostra osservazione sopraggiunse la diarrea però non grave.

La pelle era quasi sempre coperta di profuso sudore freddo, e in qualche parte del corpo esistevano i soliti *sudamina*.

Praticato l'esame del sangue secondo il metodo di Hayem venne trovato quanto appresso.

In un millimetro cubo di sangue erano contenuti

Globuli rossi 55800
(normali 5000000)
Globuli bianchi 3440
(normali 60000).

Durante il tempo che la donna fu degeute nella Clinica presentò i fenomeni seguenti:

3 marzo.	Mattina	T. 37,2 —	P. 120 —	R. 43
	Sera	» 37,3 —	» 122 —	» 45

La malata aveva passato inquieta la notte, tormentata specialmente da cefalea e da senso dell' oppressione all' epigastrio e dai soliti dolori agli arti inferiori.

4 marzo.	Mattina	T. 37,1 —	P. 102 —	R. 44
	Sera	» 37,3 —	» 100 —	» 44

L'inferma aveva vomitato due volte e presentava gli stessi fenomeni del giorno precedente e dei quali è fatta parola nello stato attuale.

5 marzo. Mattina T. 37.7 — P. 98 — R. 43
Sera » 36.5 — » 120 — » 41

Nella notte la gestante aveva riposato pochissimo a causa dell'oppressione epigastrica che si calmò dopo aver vomitato. La mattina le fu fatto fare un bagno generale, durante il giorno rigettò per due volte le materie ingerite. Oltre la stessa tosse secca insistente e la cefalea la malata ebbe delle allucinazioni.

6 marzo. Mattina T. 36.5 — P. 110 — R. 44
Sera » 36.3 — » 106 — » 44

Nella notte non riposò mai, vomitò due volte e tossì moltissimo. Al mattino si lamentava di debolezza estrema, di dolore epigastrico, di dolori alle gambe, di ronzìo negli orecchi.

7 marzo. Mattina T. 37 — P. 120 — R. 44
Sera » 37 — » 120 — » 44

Al solito la notte fu insonne per il dolore epigastrico, per la cefalea e per la tosse. Si ripetè il vomito e la prostrazione della povera inferma si accentuò molto.

8 marzo. Mattina T. 37 — P. 124 — R. 41
Sera » 37.5 — » 120 — » 40

Nella notte riposò un poco nonostantechè vomitasse per due volte abbondantemente. I fenomeni da essa presentati nei giorni precedenti esistevano ancora senza alcuna variante.

9 marzo. Mattina T. 37.5 — P. 118 — R. 39
Sera » 36.3 — » 120 — » 40

Nella notte era stata assai quieta, ma verso le 8 ant. ricomparve il vomito e vedendo che i fenomeni dalla donna presentati durante la sua degenza in Clinica non si mitigavano per niente; alle 9 della stessa mattina fu deciso del Sig. Direttore della Clinica di praticare l'artificiale interruzione della gravidanza e fu data la preferenza al processo di Krause. Introdotta una candelletta tra le

membrane e la faccia interna dell'utero questo rimase pressochè inerte fino alla sera verso le 8, quando verificatesi alcune contrazioni uterine piuttosto valide fu praticato il riscontro e si trovò scomparso il collo e l'orifizio uterino attraverso al quale cominciavano a fare tensione le membrane, dilatato di circa 2 ctm., e si confermò la diagnosi di presentazione dell'ovoide cefalico flesso probabilmente in posizione sinistra, varietà anteriore; alla ascoltazione del tumore uterino non fu inteso il battito cardiaco ricercato specialmente nella sede ove erasi percepito pochi giorni avanti. Intanto mano mano che progrediva il soprapparto le condizioni della donna peggioravano, la dispnea era divenuta pronunziatissima, la faccia e le labbra eransi fatte cianotiche, i polsi frequentissimi quasi impercettibili, fredde le estremità inferiori e superiori. Oltredichè l'inferma diceva di vedere vari oggetti che la circondavano, oggetti che non esistevano, ma che essa cercava di toccare e di afferrare. Essendo io incaricato dell'assistenza di questa donna credei bene somministrare degli eccitanti per bocca, o fare delle iniezioni ipodermiche di etere solforico, cercai di riattivare anche il circolo periferico avvolgendo la donna in panni ben caldi e con tali mezzi se non si ebbe un deciso miglioramento si ottenne almeno che i disturbi sopra riferiti non si accentuassero. Intanto le contrazioni uterine comparivano a lunghi intervalli l'una dall'altra, erano di corta durata, onde languido il travaglio e lenta la dilatazione dell'orifizio uterino. In tali condizioni se da parte del collo dell' utero ne avessimo avuto il permittente, sarebbe stato ragionevole praticarne il pronto vuotamento, allo scopo di rendere più possibilmente breve il soprapparto nella nostra malata, non disconoscendo i pericoli che la pronta liberazione poteva occasionare per gli squilibri circolatori temibili specialmente nel caso che assistevamo. Ma la piccola dilatazione della bocca uterina e il segmento inferiore che era assai rigido indussero a soprassedere, pronti ad intervenire sia colla versione, sia col forcipe a secondo del livello della testa fetale, appena si presentassero le condizioni opportune.

Verso le dieci della stessa sera tutti i sopramentovati fenomeni si accentuarono ed in ispecie la dispnea; le respirazioni eransi fatte frequentissime e brevi e la povera partoriente diceva di sentirsi soffocare, era in preda a continui movimenti e della testa e del tronco, insomma cogli atti e colle parole esprimeva bene che in lei l'ematosi era molto difficoltata, esprimeva insomma quello che il Prof. giustamente denominava la sete d'ossigeno. La pelle si era nuovamente raffreddata e coperta di sudore, i polsi divenuti impercettibili sia per la profondità della radiale dovuta all'enorme accumulo di grasso, sia principalmente per la brevità e per la piccolezza dell'onda sanguigna, cominciò il delirio e in preda a tali disturbi alle 12 della stessa notte la donna morì.

Quantunque durante il soprapparto non fossimo riusciti ad apprezzare il

battito cardiaco fetale, appena la donna fu spirata fu creduto bene praticare il riscontro genitale per apprezzare lo stato dell'orifizio uterino ed i rapporti della testa fetale e trovata questa ultima sempre assai mobile sopra lo stretto superiore e la bocca uterina dilatata tanto da permettere la introduzione della mano, senza togliere la donna dalla posizione in cui era procedere alla ricerca dei piedi e alla evoluzione del feto. Ma portati gli arti inferiori di questo all'apertura vulvare fu riconosciuto che essi erano in istato d'incipiente macerazione come tutto il resto del suo corpo che venne al di fuori con la più grande facilità, seguito dagli annessi di cui la placenta potevasi rassomigliare ad un conglomerato di zolle grassose.

Diagnosi. — Tali i dati anamnestici, tale il risultato dell'esame obbiettivo e delle osservazioni giornaliere durante il breve periodo di tempo che la donna rimase nella clinica. Tale il rapido decorso e il triste fine del caso che abbiamo preso in disamina. Bene valutando l'anamnesi i sintomi subiettivi e obiettivi si potè fin d'allora escludere il sospetto di una anemia sintomatica di qualche grave guasto organico, tubercolosi, cancro, ecc., e la diagnosi oscillava quindi fra l'anemia ordinaria idiopatica, l'oligoemia perniciosa progressiva, la clorosi, la leucemia, la pseudo-leucemia. Esaminando i dati eziologici risultava che mentre la nostra malata sopportò fino dalla più tenera età fatiche forse superiori alle sue forze, non agirono contemporaneamente su lei quelle influenze che favoriscono lo svolgersi dell'anemia in genere, abitazione in luoghi male aereati, deficienza e cattiva composizione del vitto.

Quelle malattie febbrili dalla donna sofferte anche avanti il matrimonio e da essa qualificate per miliare, possono avere contribuito allo svolgersi dell'anemia, essendo da tutti grandemente valutata l'azione anemizzante dei processi febbrili e lo stesso Virchow ha notato *che ad ogni febbre spettano propriamente qualità etiche.* Ed è inutile il dire che ciò succede per lo impoverimento rapido e considerevole dell'organismo in ordine alla diminuzione dell'albumina dipendente dalla difettosa alimentazione e dal maggior consumo e scomposizione degli albuminati in seguito alla aumentata escrezione della urea. Oltredichè la cresciuta eliminazione dell'acido carbonico dimostra l'aumentata combustione della sostanza organica e la maggior eliminazione dell'acqua porta un impiccolimento di volume del sangue. Queste malattie a decorso febbrile possono dunque aver determinato nella nostra donna un processo di anemia ordinaria, ed infatti la pelle prima di colore roseo divenne pallida, la donna notò che le forze diminuivano, e vennero in scena fenomeni dispeptici. Avendo già fatto sentire la loro influenza queste cause determinanti vanno tenute in conto anche le gravidanze, i due parti, i due allattamenti fatti dalla nostra inferma, come pure la mestruazione che non ha mai mancato all'infuori di questi due ultimi stati peculiari, condizioni

tutte che quando esistono altre influenze anemizzanti, portano il loro contributo allo sviluppo dell'anemia.

L'anamnesi parla di gravidanza complicata da vomiti ostinati, parla di disturbi digestivi continuati durante l'allattamento del primo bambino, quindi da una parte influenze che predispongono alla oligoemia, dall'altra impedimento di riparare in copia corrispondente gli elementi sanguigni. Si sa pure che la donna dopo 10 mesi di allattamento rimase incinta di nuovo, che nei primi quattro mesi di gestazione ricomparvero i soliti vomiti, che allora essa si sentiva già molto prostrata di forze, non poteva fare la più piccola fatica, e per esprimersi colle sue stesse parole desiderava il letto più del vitto, che partorito un feto vivente ed a termine non lo allattò per consiglio del medico, che questa volta il puerperio fu febbrile. Queste poche e grossolane notizie ci fanno ritenere che nella nostra donna fosse già in corso una grave anemia se pure non si iniziava una lesione anche più maligna, la leucocitemia.

Si sa poi dalla storia anamnestica che in tali condizioni di salute la donna rimase di nuovo incinta; a questa nuova causa di oligoemia si aggiunsero l'intolleranza per qualunque cibo, i soliti vomiti, che stremarono le forze della gestante che turbata da frequenti deliqui e dall'affanno fu costretta di passare in letto i primi sei mesi di gravidanza.

Riassumendo, i dati anamnestici ci porgevano sott'occhio l'evoluzione di un processo di anemia.

I risultati dell'esame obbiettivo conducevano, com'ebbe a dirlo l'illustre Direttore della Clinica, nello stesso concetto. Deponevano in favore dell'anemia il decoloramento della pelle e delle mucose visibili, il lievissimo edema al dorso delle mani e dei piedi, la bassa tempetatura, l'assoluta debolezza muscolare, i fenomeni di debolezza irritabile costituiti dalle nevralgie specialmente frontali, dagli attacchi di singhiozzo, dai conati di vomito e da vomiti effettivi. Militavano per la anemia i frequenti attacchi di deliquio riferibili molto probabilmente alla spinta anemia arteriosa della corteccia cerebrale, attacchi che si ripetevano specialmente quando la malata faceva qualche movimento. Nelle stesse conclusioni venivamo dopo l'esame degli organi circolatori col quale mentre trovammo il cuore di volume pressochè normale ne apprezzammo debolissimo l'urto, molto ottusi i tuoni, il polso piccolissimo, molle, mutabile, un soffio sistolico dolce che si udiva in tutti i focolai d'ascoltazione, soffio che si ripeteva anche nelle vene del collo. Lo stesso dicasi dei ripetuti attacchi di cardiopalmo.

Mentre l'esame dei polmoni e dell'apparato digerente non rivelava sostanziali lesioni, avevamo dispnea che aumentava anche quando l'inferma eseguiva il più piccolo movimento, avevamo atonia digestiva, fenomeni tutti riferibili alla anemia. La iperidrosi e la presenza delle vescicole ripiene di un siero lim-

pido specialmente nella regione sternale, come pure l'aumentata secrezione sebacea deponevano contro la diagnosi di anemia, se pure non le vogliamo ammettere derivanti da disturbi d'innervazione, effetto dello stato anemico.

L'orina in quantità normale, priva di materiali insoliti, molto pallida, una leuorrea continua ed abbondante, sebbene non abbiano grande importanza, pure son fenomeni che si riscontrano frequentemente negli anemici. In ultimo rendeva più probabile la diagnosi l'esame del sangue, il quale dimostrava una fortissima anemia senza leucemia.

Ma esponendo i risultati dell'esame obbiettivo dicemmo che nella nostra inferma vi era enorme accumulo di grasso in tutto il corpo, che ne facevano testimonianza l'eccessivo volume delle braccia e delle coscie e che tal fatto era dovuto esclusivamente al grande sviluppo del pannicolo adiposo sottocutaneo. Questo non si osserva nell'anemia propriamente detta, ossia in quello stato morboso caratterizzato dal difetto di principi del sangue funzionalmente importanti, mentre è la regola di trovare ben conservato e in casi non molto rari aumentato il pannicolo adiposo nella clorosi costituita dalla diminuzione di emoglobina nei corpuscoli rossi *(oligocromenia)*. Questo fatto unito a molti altri che sono comuni ai due disturbi generali di nutrizione e che si verificavano nella inferma poteva far credere giustamente ad alcuno che fossimo davanti ad un caso di clorosi, ma riandando la anamnesi trovavammo che la nostra inferma nella età in cui si sviluppa più ordinariamente questa forma morbosa era sana e robusta e poteva lavorare alla campagna, mangiava con appetito, mostrava insomma i segni della più florida salute e che il decoloramento della pelle, i disturbi digestivi e la prostrazione delle forze cominciarono verso i 20 anni dopo le malattie di che è sopra parola e si accentuarono dopo le gravidanze e gli allattamenti.

Questo insieme di circostanze non deponeva in favore della clorosi non volendo infirmare con ciò la verità di quei casi di clorosi iniziatasi o recidivata dopo i 20 anni, casi osservati da uomini autorevolissimi.

Se poi veniva tenuto conto che la clorosi incontrasi più raramente nelle donne che abitano l'aperta campagna che nelle figlie delle classi colte e che la funzione mestruale comparsa assai presto fu sempre regolare e che tutti i disturbi riferentisi alla clorosi cominciarono in un'epoca relativamente lontana dall'iniziarsi della vita sessuale e tennero dietro a cause determinanti speciali, non si poteva assolutamente formulare neppure la diagnosi di clorosi. Si trattava nel caso in termini di anemia perniciosa progressiva? Secondo il Biermer di Zurigo gli infermi di oligoemia progressiva perniciosa si presentano dapprima estremamente pallidi, più tardi la pelle delle mani, dei piedi e della faccia, si mostra leggermente edematosa, succedono debolezze, vertigini, palpitazioni di

cuore, anoressia, senso di peso all'epigastrio, spesso intercalari, diarree ed accessi atipici di febbre caratterizzano l'ultima fase della malattia. Alla ascoltazione del cuore si hanno rumori anemici che possono far credere ad un difetto valvulare. Degno di particolare menzione è che non avvenga mai diminuzione del grasso sottocutaneo; ulteriormente si mostrano ecchimosi nella retina benchè la visione rimanga intatta, piccole petecchie appariscono alla pelle, di rado rinorragie ed ematurie. — Leggere e fugaci paralisi denotano le piccole apoplessie cerebrali che di tanto in tanto succedono, in ultimo accentuatisi i fenomeni idropici e gli altri sopracitati, i malati muoiono. Le alterazioni anatomiche rivelate dalla necroscopia appariscono consistere unicamente in degenerazioni grassose dell' apparecchio circolatorio con le quali stanno in rapporto le emorragie capillari. Tale forma morbosa era stata studiata e segnalata per lo avanti anche da altri, tra i quali dall'Addison il quale facendo un caratteristico quadro di questa malattia dice che essa attacca indifferentemente tutti e due i sessi, che comincia verso i 20 anni e che vi sono predisposti gli individui grassi. L'Addison poi richiama specialmente l' attenzione sullo stato di nutrizione e dice che gli affetti da tale malattia non dimagrano, anzi frequentemente si trova in essi molto abbondante il grasso sottocutaneo. Il Prof. Chiara nelle conferenze cliniche fatte su questa malata oltre aver citati i lavori dei sopramentovati autori rammentò quello importantissimo del Valsuani che dopo aver raccolti nella Clinica Ginecologica dell'Ospedale Maggiore di Milano più di 100 casi di cachessia puerperale scrisse una importantissima memoria ove dopo essersi trattenuto ampiamente sulla eziologia, sui sintomi, sul decorso e sulla cura di tale stato morboso dice che il feto il più delle volte viene espulso morto ed in stato di avanzata macerazione causa le condizioni deplorevoli dell' organismo materno ed in tale caso lo sgravio è da imputarsi al prodotto del concepimento fattosi estraneo alle funzioni uterine. — Nei casi studiati dal Cav. Dott. Valsuani si praticò 40 volte la necroscopia e in tutti « la lesione fondamentale, microscopica fu la degene-
« razione adiposa più o meno avanzata del miocardo, dei reni e del fegato, la
« trasformazione in grasso dei loro elementi morfologici, aggiungete a questo
« fatto costante, l'anemia generale, la tinta alquanto giallognola di tutti i tessuti,
« i trasudati sierosi, torbidi e carichi di granulazioni adipose e di detriti epite-
« liali, la prevalenza dovunque della deposizione adiposa (1). »

Ma l'osservazione che abbiamo riferito si poteva classare fra l'oligoemie perniciose progressive? È vero che tale forma morbosa ha una triste predilezione

---

(1) Valsuani. — *Cachessia puerperale raccolta nella Clinica Ginecologica dell' Ospedale Maggiore di Milano, ecc.* — Tipografia G. Bernardoni, Milano 1870.

per le donne gestanti, vero che molti dei fenomeni che sono descritti dall'Addison, dal Biermer e dal Valsuani si riscontravano nella nostra malata, che il panniculo adiposo era molto abbondante e che scarse erano le idropisie, che l'ammalata ad ogni movimento provava uno spiacevole senso di vertigine e di batticuore, che la superficie del suo corpo era pallida, tumida e cerea, che le mucose visibili erano prive di sangue, che vi era anoressia, dispnea al più piccolo movimento e che la morte chiuse la scena; ma è vero altresì che in essa non ci fu mai dato osservare elevazione termica nè emorragie e che neppure nel cadavere si riscontrarono quelle emorragie capillari di cui sopra abbiamo tenuto parola, sia del cervello, del periendocardio, della pelvi renale, della vescica, dei mediastini.

L'esame del sangue nella oligoemia perniciosa ha rivelate alterazioni molteplici riferibili ai corpuscoli rossi, alterazioni sul dettaglio delle quali non tutti sono d'accordo, mentre unanimemente si riconosce che i corpuscoli bianchi non si scostano nè per quantità nè per qualità dalla normale. Quanto alle alterazioni riscontratesi relativamente ai corpuscoli rossi tutti sono d'accordo nell'ammettere che diminuiscono di numero e di volume; alcuni osservatori dicono che se ne altera anche la forma, che talora appariscono nucleati, talora privi di nucleo, qualche volta ombilicati, qualche altra no, che in certi casi vi si trovano mescolate delle goccie gialle (Quinche), delle placche granulose (Coneheim), che la emoglobina vi si riscontra in minor quantità ed irregolarmente distribuita (Makenzie Davis), ecc. Nel nostro caso avevamo la sola diminuzione numerica dei corpuscoli rossi senza che ne fosse alterata la composizione e la forma. Per questo e per le ragioni sopra esposte anche contro la diagnosi di oligoemia perniciosa progressiva militavano molti fatti degni di esser presi in considerazione e che bilanciati con quelli che tendevano a far credere esistito nella nostra inferma un tale processo morboso preponderavano e non ci facevano ritenere come la più razionalmente ammissibile tale ipotesi diagnostica.

Era forse quello stato morboso caratterizzato da ipertrofia dei gangli linfatici e della milza e da una oligoemia progressiva insorgente senza causa apprezzabile non accompagnata da aumento degli elementi cellulari bianchi del sangue detto da Wilks *anemia linfatica*, da Wunderlich *pseudo-leucemia, adenia* da Trousseau, *linfoma maligno* da Billroth, *linfo-sarcoma* da Virchow, malattia di Hodghin da altri, che affliggeva la nostra inferma? O piuttosto eravamo in faccia ad una leucemia vera e propria? Tutti sono d'accordo nello ammettere che questi due stati morbosi hanno fenomeni clinici quasi identici fra loro e differiscono solo per i rapporti proporzionali che esistono fra i globuli bianchi e rossi del sangue; che per potere decisamente stabilire la diagnosi di leucemia bisogna si trovi in modo permanente un globulo bianco sopra 20-30

rossi e che solo nello stadio iniziale si potrà trovare un leucocito sopra 50 globuli rossi come dice Birch-Hirschfeld (1).

Infatti così nella leucemia come nella pseudo-leucemia il principio della malattia è lento ed insidioso; i malati sono apatici, si lagnano di un indebolimento sempre crescente che impedisce loro i lavori meno faticosi. Talora essi cominciano a sospettare della affezione che li minaccia per la esistenza di un tumore laddove prima non esisteva. Il dimagramento sia nell'una forma, sia nell'altra è precoce se il malato continua a fare una vita attiva, ma può non esistere se esso sta in riposo essendo in tal caso assai minore il consumo organico. In ambedue le forme morbose abbiamo tumori che se sono un po' voluminosi, danno a seconda della sede che occupano fenomeni di compressione, come dispnea, alterazione della voce, disturbi gastro intestinali, idropisia di origine meccanica, edemi dei membri inferiori, ecc., fenomeni che si sviluppano sia nella pseudo-leucemia che nella leucemia collo stesso meccanismo. Le idropisie discrasiche o cachettiche le quali sono il prodotto diretto di un'alterazione del sangne mancano sì nell'una malattia che nell'altra, o sono eccezionalissime perchè, come dice Jaccoud (2) manca in esse la discrasia veramente idropigena costituita dall'aumento dell'acqua e della diminuzione dell' albumina.

Le emorragie occupano un posto importante nella sintomatologia dei due stati morbosi di cui attualmente facciamo un parallelo, sotto forma di epistassi, di emottisi, di porpora, ecc. Così pure vi sono state verificate stomatiti, faringiti, eruzioni papulose, penfigoidi e furuncolari.

È comune alle due forme di malattia non solo, ma a tutte le malattie accompagnate da oligocitemia, lo stato abituale di dispnea costituito dalla maggiore frequenza delle respirazioni che al medesimo tempo sono più superficiali, stato dovuto alla diminuzione dei globuli rossi che ha per conseguenza una diminuzione nella quantità d'ossigeno in circolazione, una anoxiemia relativa, che aumenta il bisogno di respirare, non mai completamente in tali infelici malati soddisfatto specialmente durante il movimento. In ambedue abbiamo la febbre talora intermittente che sopraggiunge alla sera, talora remittente con esacerbazioni vespertine. L'andamento è abbastanza rapido nelle due forme morbose, l'esito sempre la morte dovuta talora a cachessia, talora ad emorragie ripetute, il più spesso ad asfissia. Qualche volta invece una peritonite, una pleurite o accidenti cerebrali dei quali si può incolpare o una idrocefalia o una emorragia inducono il triste fine.

Se ben valutiamo i fenomeni presentati dalla nostra malata troviamo che

---

(1) *Trattati d'anatomia patologica,* Vol. II.

(2) *Leçons de Clinique Médic. faites à l'Hôpital Lariboisiere*, par S. Jaccoud, p. 26. Parigi 1873.

in essa l'indebolimento che andò sempre crescendo al punto da impedirle di accudire alle cure domestiche. In essa era permanente un certo grado di dispnea che aumentava ai più piccoli movimenti, dispnea dovuta all'anoxiemia relativa di cui sopra abbiamo tenuto parola. Questi fatti riscontrati nella Favari nel periodo della gravidanza, prediletto come tutti ammettono dalle forme morbose di cui in questo momento ci occupiamo, ci portavano con una certa ragionevolezza in essa a supporre che una leucemia o una pseudo-leucemia esistessero. Ma prendendo bene in disamina la sindrome fenomenica di queste due malattie risultava che molti dei sintomi ad esse attribuiti mancavano nella Favari, come l'esistenza di un tumore sia agli ipocondri e specialmente al sinistro, sia in altre sedi; conseguenza di che era l'assenza d'idropi meccaniche di disturbi gastro-intestinali, di edemi dei membri inferiori, ecc., mancava in essa il dimagramento, anzi si aveva enorme sviluppo del tessuto adiposo, non si riscontrarono mai le emorragie, le stomatiti, le faringiti, le forme papulose, ecc.

Perciò se la presenza di alcuni fenomeni e l'essere comparsi durante la gravidanza inducevano ad ammettere nel nostro caso uno degli stati morbosi in quistione, la mancanza di altri faceva ritenere tale ipotesi diagnostica con una certa riserva.

L'esame del sangue escludente la leucemia poteva far nascere il sospetto si trattasse di pseudo-leucemia, ma la mancanza d'ipertrofia della milza e dei gangli linfatici e della cachessia facevano porre da parte un tale concetto diagnostico.

Ma se la mancanza dei tumori ganglionari e della splenomegalia potevano fare escludere la pseudo-leucemia linfatica e splenica, illustrata quest'ultima forma dal Dott. G. Banti di Firenze (1), eravamo anche autorizzati a mettere da parte il concetto di vera e propria leucemia? No certamente; e se un ulteriore esame del sangue ne avesse rivelato l'aumento notevole degli elementi in colori era lecito fondare se non una diagnosi almeno una sostenibile ipotesi diagnostica di leucemia mielogena, forma di leucemia nella quale l'organo produttore dei leucociti è appunto la midolla delle ossa, ipotesi basantesi sulla mancanza assoluta di tumori d'origine sopracitata e su certi dolori profondi, specialmente degli arti inferiori, sui quali più volte aveva richiamata l'attenzione la Favari.

Ma tale esame istologico del sangue, che era proponimento ripetere, non fu dato di farlo perchè la malattia raggiunse la sua triste fine prima di quello che ci aspettavamo e quindi la diagnosi, esclusa l'anemia essenziale e la pseudo-leucemia, rimaneva sospesa fra una clorosi, una anemia perniciosa progressiva e

---

(1) Banti. *Dell'anemia splenica.* Firenze, 1882.

una leucemia midollare, non disconoscendo che anche questi ultimi concetti diagnostici erano suscettibili di qualche seria obiezione.

Necroscopia. — Il giorno 11 marzo, 33 ore dopo la morte, dal signor Dott. G. Banti, dissettore della Scuola di Anatomia Patologica, fu eseguita la necroscopia e risultò quanto appresso.

Abito esterno. — Cadavere di media statura, di regolare conformazione scheletrica. Pelle di colorito bianco cereo. Enorme sviluppo del pannicolo adiposo sottocutaneo che sulle pareti addominali raggiungeva lo spessore di 4 a 5 centimetri. Leggere edemazie agli arti inferiori, muscoli di colore roseo-pallido. Rigidità cadaverica scomparsa; sulle pareti addominali colorazione verdastra per putrefazione.

Testa. — Nulla di notevole all' infuori del pallore delle meningi e della sostanza nervosa, non molto siero limpido negli spazii sottoaracnoidali.

Petto. — Nelle cavità pleuritiche mediocre quantità di siero limpido. Polmoni ovunque permeabili all'aria meno una sottile striscia lungo il margine posteriore che è atelettasica per compressione. Questi organi erano di colorito grigiastro ed offrivano debolissimi segni d'ipostasi ed erano alquanto edematosi.

Nel pericardio non molto siero limpido. Cuore di volume normale, ricoperto di abbondante strato adiposo, sano ne' suoi orifizi ed apparecchi valvulari. Il miocardo di colore giallo sbiadito si lasciava con grande facilità lacerare.

Addome. — Piccolo versamento sieroso nel cavo peritoneale. Il fegato molto voluminoso, di colorito giallastro per degenerazione grassa, friabilissimo e molto enfisematoso per putrefazione. La milza di volume normale, molto molle pure enfisematosa.

Nulla di notevole nel tubo gastro intestinale, la mucosa era pallidissima e ricoperta di un copioso strato catarrale. Reni normali per volume, assai pallidi. L'utero giungeva fin poco al disotto dell'ombelico, era flacido, poverissimo di sangue ma senza alterazioni apprezzabili. Le glandule linfatiche delle varie parti del corpo non aumentate di volume ed apparivano di colore bianco-sporco tanto all'esterno che nella superficie di taglio. Il midollo osseo ovunque di colorito rosso sbiadito, molle, quasi diffluente.

Esaminando il sangue contenuto nel cuore, nella porta, nelle vene femorali e giugulari si trovava sciolto, di colore variabile dal rosso mattone al grigiastro, tanto chè alcune vene sembravano contenere pus in luogo di sangue. Quello di colorito più intenso era contenuto nel cuore.

Il feto unito ai suoi annessi pesava 1825 grm. era lungo 44 ctm., di cui 25 dal vertice all'ombellico, 19 dal bellico ai talloni. Separati gli annessi pesavano 195 grammi. Fu praticato l'esame istologico della placenta che confermò quello che si era supposto all'esame macroscopico, che cioè la placenta era per la massima parte degenerata in grasso. La necroscopia del fetino nulla vi riscontrò di rilevante. Tutti i visceri erano marcatamente anemici e il sangue, specialmente quello di alcune grosse vene, di un colore tra il rosso sporco e il grigio.

Dopo l'esposizione dei dati anamnestici, dei resultati dell' esame obbiettivo, del concetto diagnostico che ci eravamo formati, dell'andamento, dell'esito della malattia e del reperto macroscopico, varii quesiti ci possiamo proporre:

1.° Quale fu la malattia che uccise la nostra donna;

2.° Come spiegare l'enorme sviluppo del tessuto adiposo;

3.° Se avendo potuto stabilire una diagnosi certa, sarebbe stata diversa la condotta da tenersi.

Primo quesito. — Bene valutati i dati anamnestici e il resultato dell'esame obbiettivo, eravamo venuti nel concetto diagnostico che nella nostra donna esistessero o una clorosi o una anemia perniciosa progressiva, o una leucemia midollare.

Quanto alla anemia perniciosa progressiva se durante il breve spazio di tempo che la donna fu sottoposta alla nostra osservazione avemmo qualche dato che ce la faceva razionalmente ammettere, il reperto necroscopico invece ci faceva escludere che tale fosse la malattia che portò a morte la Favari.

Quanto alle altre due forme morbose essendo generalmente convenuto che la guarigione è la fine ordinaria della clorosi, l'esito letale nel nostro caso e i risultati necroscopici la escludevano e ci facevano ammettere con molta probabilità la leucocitemia midollare. Dico con molta probabilita perchè se il colorito del sangue stagnante nei grossi vasi e il suo esame ci rivelavano l'aumento numerico dei globuli bianchi, e se l' autopsia non riscontrava nè splenomegalia nè aumento volumetrico delle glandule linfatiche e la midolla ossea si mostrava ovunque di colorito rosso sbiadito, molle, quasi difluente, la mancanza dell'esame istologico di tale midolla delle ossa toglieva non poca importanza a questo concetto diagnostico. E questa lacuna nei resultati necroscopici fu indipendente dalla nostra volontà, dappoichè quantunque fosse fatto il possibile d'indurire una porzione di midolla ossea coll'acido picrico, non fu dato di farne il taglio ed ottenerne una buona preparazione microscopica. Ciò nonostante parendo razionale lo ammettere che un processo leucemico abbia uccisa la nostra inferma, per la nessuna lesione riscontrata alla necroscopia e nella milza e nelle glandule linfatiche, e d'altra parte per l'esame ma-

croscopico della midolla delle ossa parve altresì razionale il supporre che fossimo davanti ad uno di quei casi di leucemia midollare illustrati da Bizzozero e da Neumann e che tale processo morboso fosse incolpabile di aver portato il triste esito.

Ma ammessa l'esistenza di una leucemia midollare, perchè durante la vita l'esame istologico del sangue non ci rivelò l'aumento numerico dei globuli bianchi? Per spiegare questo fatto possiamo riportarci alle condizioni d'ipostenia in cui versava la donna; infatti non ripugna l'ammettere che essendo l'azione cardiaca in essa assai indebolita nonostante il grande aumento numerico dei globuli bianchi, questi in luogo di venire al di fuori rimanessero impigliati nelle piccole trabecole e alla periferia dei vasellini della regione ove si praticò la leggerissima ferita per ottenere un po' di sangue. Del resto l'esame di questo e la numerazione dei globuli fu fatta con la massima accuratezza e fu adoprato a tale scopo l'ematimetro di Hayem, forse il migliore per i bisogni della pratica.

Secondo quesito. — Quanto al modo di spiegare l'enorme sviluppo del tessuto adiposo bisogna prima di tutto distinguere se nel nostro caso si trattava di infiltrazione grassosa oppure di degenerazione. Infiltrazione è quello stato che fino ad un certo grado è fisiologico e che consiste in un accumulo di grasso nelle cellule, delle quali resta intatto il protoplasma ed il nucleo, pure essendo impedita ma non annullata la funzione.

Questa si riscontra in quegli individui che si cibano lautamente, che fanno uso di molti alimenti grassi e ricchi d'idrati di carbonio, tanto più se conducono vita tranquilla che è sfavorevole ad un attivo scambio materiale; si verifica anche nella vita embrionale e fetale dei mammiferi, e nell'allevamento di certi animali, per esempio le oche le quali sono ben nutrite e tenute in assoluto riposo coll'unico scopo di aumentare il loro tessuto adiposo.

Per degenerazione invece si intende l'altro stato in cui si ha distruzione del protoplasma cellulare ed il grasso in luogo di venire dal difuori è il prodotto della distruzione della cellula, nucleo e nucleolo scompaiono, cessa la funzione cellulare che non si ripristina più, fatto che si riscontra nella degenerazione della carne del cuore, degli epiteli, ecc. Bene spiegatomi a questo proposito credo che nel nostro caso tutti due tali stati coesistevano la infiltrazione cioè, e la degenerazione grassosa. La prima si poteva spiegare col fatto che nella malata di cui abbiamo tessuto la istoria si aveva una anoxiemia relativa per la quale gli alimenti introdotti nell'organismo non subivano tutti una trasformazione completa e si arrestavano a quella di grasso che si andava quindi ad accumulare nei depositi suoi più ordinari. Oltredichè essendo nella nostra malata la nutrizione assai insufficiente, può darsi che a preferenza di elementi al-

buminoidi si formasse del grasso e questo in quantità maggiore di quello che veniva giornalmente bruciato, ipotesi quest'ultima che non repugna di ammettere riflettendo o meglio considerando che la Favari stette quasi sempre in letto, il che mitigava assai lo scambio materiale. La degenerazione grassosa del fegato, della carne, del cuore, ecc., si poteva nella nostra malata spiegare nella seguente maniera: si sa che la degenerazione grassosa accade quando ad un organo è impedito l'afflusso del sangue quando ad esso insomma vengono a mancare i corpuscoli rossi che sono la parte essenziale e più importante di esso che portano l'ossigeno in circolazione, eccitano il sistema nervoso e colla globulina concorrono alla nutrizione dei tessuti del corpo. Ora saremo nelle stesse condizioni, se rimanendo uguale l'afflusso sanguigno giunge all'organo un numero minore di corpuscoli stessi, cioè se la massa del sangue restando ferma vengano a mancare i globuli rossi, si dovrà avere per resultato una medesima alterazione e deficienza di nutrizione.

Quindi nella oligoemia e in tutte le malattie in cui si ha scarsezza di globuli rossi, tisi, cancro, dopo gravi emorraggie ecc., si verificano queste degenerazioni dei visceri come in quei casi in cui i globuli vengono da certi veleni distrutti o in cui per ostacoli circolatori di un viscere ne viene impedita la sufficiente irrorazione sanguigna.

Cesso su tale argomento insistendo però sul fatto che nel nostro caso consistevano, secondo me, e infiltrazione e degenerazione, concepibile facilissimamente quest'ultima, spiegabile, a parer mio, colle ragioni sopra esposte, la prima.

Quesito terzo. — Quanto allo stabilire se diversa sarebbe stata la condotta clinica qualora si fosse arrivati a fare una diagnosi certa, dopo aver ben ponderati i fenomeni presentati dalla malata nel breve tempo che fu sottoposta alla osservazione, rifletta il lettore quante difficoltà si paravano davanti. E quasi che queste fossero poche, l'esame citometrico del sangue per le ragioni sopra mentovate riuscito falso e l'adipogenesi che non è poi comune ad osservarsi nelle malattie di cui abbiamo tratteggiata la istoria rendevano più malagevole il nostro compito. Quel che è certo che stabilita la diagnosi sia di anemia perniciosa progressiva in donna gravida, sia di leucemia, le condizioni di essa non vengono per niente avvantaggiate dalla interruzione della gravidanza, avendo tali malattie un esito solo, la morte. L'effetto negativo della interruzione della gravidanza viene dedotto dai pochi casi nei quali la interruzione venne fatta tardi: dicasi altrettanto per il feto. Nel caso narrato interrompendo la giavidanza qualche giorno prima si avrebbe avuto il feto vivo. Adunque mantengo le riserve e le conclusioni della nota al Cazeaux, citata dall'autore D. Chiara.

Quindi l'intervento ostetrico non è in simili casi indicato per rapporto alla madre, non lo è neppure, a parer mio, rapporto al feto, che in generale non si sottrarrà alle nocive influenze della cattiva crasi sanguigna materna. Ho detto a parer mio perchè non tutti sono d'accordo in questo punto e l'Illustre clinico di Firenze, il cui parere è sotto ogni riguardo autorevolissimo, nelle note da Lui fatte alla traduzione italiana del Trattato di Ostetricia di Cazeaux e Tarnier dopo aver discusso tale argomento conclude che la cachessia puerperale non controindica l'interruzione della gravidanza. Il Valsuani invece nella memoria sopracitata dopo aver detto « che al medico in simili casi » non resterà che raccogliersi in una filosofica contemplazione della morte, » continua: Eppure questa inerzia prestabilita dall'arte non è compresa ed « il medico stesso si trova suo malgrado spinto all'azione! Provocherà esso « il parto precoce? Davanti alle funeste conseguenze dello sgravio naturale non « si potrebbe esitare a rispondere di no. E nell'interesse del feto? Anche questo « quesito trova soluzione nel fatto che la sua morte precede, in genere, da tempo « quella della madre, ecc. » Onde è che se i nostri studi e le nostre indagini fossero state coronate da un felice successo, se fossimo arrivati a diagnosticare uno degli stati morbosi suesposti, emetto il mio debole parere, avrei soprasseduto, e privo di mezzi per arrestare la fatale malattia, mi sarei limitato ad una cura puramente sintomatica. Ma nel caso in termini, a parte le convinzioni individuali che ciascuno può avere sulle indicazioni del parto prematuro artificiale, trovate invece non piccole difficoltà per stabilire un diagnostico certo, ed essendovi d'altra parte molti dati che al Prof. facevano non escludere affatto una clorosi, in base a quest'ultimo concetto diagnostico, fu certamente saggio partito provocare il parto non appena fu possibile rendersi un qualche conto dei fenomeni presentati dalla Favari, nella speranza che se si trattasse del disturbo nutritivo ultimo rammentato, si poteva, nonostante le gravi proporzioni che aveva prese la malattia, arrecare non lieve giovamento alla povera inferma.

Quel che mi pare potere assicurare con certezza si è che tale partito non deve essere stato funesto alla donna, dappoichè la natura si apparecchiava a compiere da sola il parto che l'arte credè bene di affrettare; ed oso spingermi più oltre asserendo che la vita della donna non si sarebbe protratta anche se avessimo soprasseduto. Il nostro intervento dunque non fu dannoso al feto sul quale la malattia materna aveva già spiegata la sua fatale influenza, non abbreviò i giorni della madre, il cui stato non fu certo aggravato da un laborioso travaglio di cui solo ebbe a sopportare il periodo dilatante, e non nella sua totalità, essendo morta quando la bocca uterina non era ancora completamente dilatata, quando la piccola testa fetale era sempre molto mobile al disopra dello stretto superiore.

R. ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI FIRENZE
diretto dal Prof. Cav. DOMENICO CHIARA

Contributo alla tecnica operativa

NEI

CISTOMI INTRALEGAMENTOSI DELL'OVAIO

COMUNICAZIONE

alla Società Italiana di ostetricia, ginecologia e pediatria

FATTA

dal Dott. EMILIO FASOLA
Libero docente di ostetricia ed aiuto professore

Seduta del 20 aprile 1886.

> Le difficoltà (della tecnica operativa) che si associano sempre allo sviluppo intralegamentoso dei tumori ovarici sono abbastanza proporzionate al grado di sviluppo intralegamentoso del tumore e allo spiegamento dei foglietti del legamento. .. ecc.
>
> CHIARA. *Casistica contributo alla tecnica della ovario-isterectomia comune e di quella cesarea.* *Annali di ost. gin. e ped.*, marzo, 1885.

Il Professore Chiara, che primo in Italia, per quanto mi consti, se non unico, ha trattato pubblicamente l'argomento della tecnica operativa nei cistomi intralegamentosi dell'ovaio (lezione clinica riassunta nella *Riforma medica*, 27 gennaio 1885) ed ha scritto sopra lo stesso argomento nel lavoro dal titolo « *Casistica contributo alla tecnica della ovario-isterectomia comune e di quella cesarea* (*Annali di ostetricia, ginecologia e pediatria*, marzo-aprile 1885), a proposito del caso quivi illustrato di cistoma proliferante delle due ovaia, con sviluppo intralegamentoso esteso in basso e verso la fossa iliaca destra, caso che riporterò più avanti, diceva, che esso « mostrava uno dei modi che abbiamo di

girare gli ostacoli quando questi rendono impossibile la estirpazione, ottenendo anche con questo, e forse con maggiore probabilità e minori pericoli, una guarigione perfetta. »

Una ovariotomia, per cistoma proliferante intralegamentoso, che ebbi occasione di praticare nella clinica diretta dal mio maestro, ed altri casi della stessa natura o simili per molti caratteri, quivi occorsi, e che vi narrerò brevemente, mi sembra possano portare un contributo nuovo e non indifferente alla tecnica operativa di questi tumori nel senso appunto di girare gli ostacoli insormontabili, e talvolta di vincere *a fronte* grandi difficoltà. Ed eccomi subito al fatto.

Il 20 febbraio 1885 veniva accolta nella sezione ginecologica dell'Istituto di Maternità in Firenze certa Domenica Paoletti, donna di 74 anni, maritata, nullipara, attendente a casa. È donna forte, di alta statura, di carattere buono ed allegro e di non comune intelligenza. Nulla di gentilizio, nessuna malattia di rilievo nell'infanzia e poi, prima della presente, per la quale ha cercato ricovero in detto spedale. Fu mestruata a 14 anni: si mantennero sempre regolari le successive mestruazioni nel periodo di ritorno, nella durata, quantità e qualità, fino all'epoca della menopausa, che al dire della malata daterebbe da 18 anni appena.

Al principio dell'ottobre 1884 essa erasi accorta di una tumefazione al ventre, specialmente nel quadrante inferiore di sinistra, tumefazione che crebbe poi gradatamente per raggiungere le notevoli dimensioni che presentava alla sua entrata in clinica (20 febbraio 1885).

Già da quel tempo, sulla faccia anteriore della gamba sinistra, e al suo terzo inferiore, si formava una piaga varicosa che andò sempreppiù estendendosi, tanto da invaderne circolarmente tutto il terzo inferiore. Gli arti inferiori erano edematosi, e varicosi, per cui la paziente era costretta quasi continuamente a letto: in ultimo erano comparsi fenomeni di irritazione e di compressione vescicale ed intestinale, per i quali fu inviata dal medico curante alla clinica.

Qui veniva tosto esaminata e si trovò la malata anemica, visibilmente dimagrata e deperita. Nessuna irregolarità ai polmoni e al cuore. Il ventre arcuato, teso e disteso, di forma sferica; dilatate le vene sottocutanee in tutti i quadranti; la cicatrice ombelicale stirata ed appianata con smagliature ne' suoi dintorni. La pelle si solleva difficilmente in pieghe: fluttuazione distinta in tutta l'area addominale e in tutte le direzioni. Suono timpanico al disotto della punta dello sterno e dell'arco costale di destra per il tratto di un dito trasverso all'incirca: ottusità in basso. A sinistra questa si estende per due dita trasverse sopra l'arco costale. Nella parte più alta e posteriore delle fosse iliache si avverte suono timpanico: non cambiano i risultati facendo volgere la donna sul fianco destro o sinistro.

Dalla misurazione addominale praticata il 20 febbraio si ebbe:

Circonferenza addominale al bellico	cent.	111
» » sotto il bellico . .	»	109
Distanza dal pube alla punta sternale . . .	»	51
» » al bellico	»	26
» dal bellico alla S. I. A. S. D. . . .	»	30
» » S. I. A. S. S. . . .	»	30
Diametro trasversale del tumore	»	31
» longitudinale »	»	32

I genitali sono atrofici per involuzione senile: l'utero piccolo e mobile è spinto in basso; attraverso i fornici si sente fluttuazione, fatta distinta dall'esplorazione combinata, applicando una mano sul ventre e producendo delle scosse mentre l'indice dell'altra è introdotto in vagina contro il fornice vaginale. Vi ha edema notevole agli arti inferiori con dilatazioni e noduli varicosi sparsi qua e là: sulla gamba sinistra un'ulcera varicosa coll'estensione sopraindicata.

Veniva prescritta una cura tonico-ricostituente (buona alimentazione, preparati ferruginosi, arsenicali, chinacei); una medicatura e fasciatura antisettica quotidiana alla gamba ulcerata (lavature con soluzione al dento-cloruro, e di quando in quando cauterizzazioni leggere colla pietra di nitrato di argento); riposo a letto nella posizione orizzontale. Il 24 febbraio si pratica una puntura esploratrice e parzialmente evacuatrice del liquido cistico, nella linea medio-addominale, a 5 ctm. al disotto del bellico, e vengono estratti 5 litri di liquido denso, un po' verdastro, di apparenza puriforme, e con gran numero di leucociti e di cellule granulose. Il ventre dopo la puntura si mostra di forma emisferica più cascante verso sinistra; la pelle sottile si solleva in larghe pieghe ed è poco elastica: fluttuazione ancora distinta; si avvertono masse solide, a superficie ineguale, nelle due fosse iliache, le quali masse sono accessibili anche al dito esploratore attraverso i fornici vaginali, e sembrano alquanto mobili: nei movimenti destano dolore alla fossa iliaca corrispondente.

La misurazione addominale dà:

Circonferenza addominale al bellico	cent.	100
» » sotto il bellico . .	»	98,5
Distanza dal pube alla punta sternale . . .	»	41
» » al bellico	»	21
» dal bellico alla S. I. A. S. D. . . .	»	25
» » S. I. A. S. S. . . .	»	25,5
Diametro trasversale del tumore	»	27
» longitudinale »	»	25

Il Prof. Chiara emetteva la diagnosi di cistoma ovarico proliferante, e subordinava l'intervento chirurgico al miglioramento delle condizioni generali della inferma e alla guarigione della piaga varicosa; ciò che si ottenne infatti a poco a poco, stante la nutrizione buona favorita dall'eccellente appetito della vecchia malata, dalla cura generale e dalla locale della gamba, che verso la metà di aprile si mostrava completamente guarita.

Il tumore era cresciuto notevolmente e la misurazione addominale presa il 15 aprile dava:

Circonferenza addominale al bellico	cent.	111
» » sotto il bellico . .	»	113,5
Distanza dal pube alla punta sternale . . .	»	49
» » al bellico	»	27
» dal bellico alla S. I. A. S. D. . . .	»	31
» » S. I. A. S. S. . . .	»	31
Diametro trasversale del tumore	»	30
» longitudinale »	»	35

Con una puntura si estraggono due litri di liquido, che si differenzia da quello estratto la prima volta per il colore più scuro come caffè e latte, per sangue contenutovi.

Come al solito la puntura è fatta con un piccolo ago annesso all'aspiratore di Dieulafoi, sotto la nebbia fenica. L'ago era stato arroventato sopra una fiamma ad alcool e immerso per una mezz'ora circa in una soluzione fenicata al 10 per cento; il ventre della donna, soprattutto nel punto di elezione per la puntura, era stato lavato con acqua e sapone, col sapone preparato secondo la formula del Prof. Chiara (sapone ordinario grm. 1000, Balsamo del Tolù o del Perù grm. 6, acido fenico grm. 50, bicloruro di mercurio grm. 10, acqua di fonte grm. 1000 (1)) ed adottato da molte cliniche di Firenze e di altre città; un getto di vapori di etere veniva mandato sopra il punto scelto per la puntura con un apparecchio comune di polverizzazione. Appena tolto l'ago dopo l'aspirazione, veniva applicata una lista di cerotto ed una fasciatura addominale leggermente compressiva.

---

(1) Il sapone, la glicerina, l'acqua ed il balsamo del Perù sono fatti bollire insieme, indi vi si aggiunge l'acido fenico e il sublimato previamente sciolti in alcool, e si mette il tutto a bagno Maria in acqua fredda.

In seguito si fa passare la massa attraverso un cribro a rete metallica (di zinco), lasciandovi cadere una pioggia di acqua. Il tutto viene ridotto in una massa omogenea, alla quale si aggiunge la essenza odorosa che si desidera.

La sera dello stesso giorno la donna si mostra sofferente: ha cefalea e sete, vomito, dolore all'epigastrio: la temperatura ascellare è di 38° centig.: non brividi nè perfrigerazioni.

Tali condizioni si mantengono immutate nel giorno successivo: la malata è agitata e ha dormito pochissimo nella notte. Il ventre non è meteorico; sensibile alla pressione la regione epigastrica; nessun segno evidente di risentimento peritoneale. Ciò non ostante il Prof. Chiara determina di praticare l'ovariotomia il giorno seguente, 17 aprile 1885. La mattina di questo giorno lo stato dell'operanda pare un po' migliore; ha dormito nella notte, in virtù anche di qualche centigramma di estratto del Baumé somministratole dopo ottenuti gli effetti di un purgante: ha:

T. 37.4 — P. 84 — R. 24

Alle ore 2,30 pom., dopo un bagno di pulizia, la vecchia paziente è trasportata nell'anfiteatro, dove tutto è pronto per l'operazione, che il Prof. Chiara mi incarica di eseguire.

L'anfiteatro è stato lavato e scaldato alla temperatura di 22° cg.; tutto quanto può avvicinare o deve toccare la operanda è stato sottoposto alle regole più scrupolose possibili dell'asepsi e dell'antisepsi: si procede all' atto operativo in mezzo alla nebbia fenica prodotta da 4 polverizzatori a vapore. Sono presenti molti colleghi e 12 studenti del 6° anno: è incaricato della cloroformizzazione uno dei dottori iscritti al corso di perfezionamento: mi assistano il Professore Baiardi e i Dottori Martinetti e Kirch, presiede il Prof. Chiara.

Cloroformizzata la donna, con un' incisione fatta sulla linea medio-addominale, e prolungata in basso, da un centimetro al disotto del bellico pel tratto di 15 cm. all'incirca, arrivo sul peritoneo, che pure viene tagliato. Esce (cosa non inaspettata) un fiotto abbondante di liquido torbido, con fiocchi fibrinosi. Stracci fibrinosi coprono qua e là la massa intestinale, e ne tengono unite le anse, soprattutto a destra, come si ebbe a constatare nel corso dell'operazione. Evidentemente si avevano qui i prodotti di una *peritonite recente*. Si applicano due punti di sutura agli angoli della ferita per evitare lo scollamento del peritoneo. Attraverso l'incisione si mostra la parete della grossa cisti, che per aspetto si distingueva nettamente in due parti: una superiore di colore bianco splendente; una inferiore, che comprende il terzo inferiore, il segmento inferiore della cisti. Questa è di colore roseo come di utero gravido, assai ricca di vasi: a sinistra e posteriormente alcuno dei vasi venosi ha il calibro di una grossa penna d'oca. Il limite fra il segmento superiore e l'inferiore è netto, e questo sporge dal piano di quello di circa 2 ctm., fatto dovuto a ciò che è compreso fra le pagine del legamento largo notevolmente ipertrofizzato.

Con grosso trequarti si punge la cisti al disopra della regione ricca di vasi, e ne esce abbondante liquido colloideo, con caratteri poco diversi da quello estratto due giorni prima. Svuotata la cisti, se ne afferrano le pareti con grosse pinze, e con queste e colle mani si cerca di tirarle fuori dalla cavità addominale, ma non si riesce. Si hanno in alto aderenze resistenti e molto vascolarizzate coll'omento, che in parte sono rotte colla mano e in parte legate ed escise fra due nodi di seta: su qualche punto si fa un po' di emorragia a nappa che è arrestata col termocauterio del Paquelin. Per tal modo si può estrarre i due terzi del tumore, ma non di più: portando la mano nella cavità del sacco cistico e al fondo, si può apprezzare assai bene la sua disposizione imbutiforme coll'apice aderente alla tazza pelvica a sinistra e verso il sacro; le pagine del legamento largo sono addossate al tumore, intimamente aderenti al segmento inferiore, e come abbiamo detto, notevolmente ipertrofiche e vascolarizzate.

In tale stato di cose venne deciso di asportare la parte estralegamentosa della cisti e di suturare il margine del segmento inferiore lasciato coi margini della ferita addominale. L'escisione fu praticata colle forbici e col coltello: verso sinistra la parete è assai spessa per conglomerati di piccole cisti e dà un po' di sangue che non si può arrestare col termocauterio. Viene abbracciata questa parte con tre anse di filo di ferro e stretta in tre peduncoli col costrittore di Cintrat. Lavata e bene asciugata la cavità peritoneale si procede alla sutura della cisti colle labbra della ferita addominale. Si passano otto punti con seta, quattro per parte nel modo seguente: l'ago trapassa la parete addominale dall'esterno all'interno, e penetra attraverso la parete cistica pure dall'esterno all'interno, e quindi la parete addominale, pure dall'interno all'esterno, formando così un'ansa coi capi del filo alla faccia esterna della parete addominale, rasente i margini della ferita, dove viene stretto il nodo. L'ansa è alta 3 ctm. circa. — Con altri punti di sutura applicati al modo ordinario si ravvicinano i margini della parete cistica ai margini della ferita addominale: all'angolo superiore della ferita si fa una piega sulla parete della cisti, nella porzione che eccede in estensione la lunghezza del margine della ferita addominale e si suturano fra loro i foglietti della piega: si lasciano in posto i nodi fatti col costrittore del Cintrat. Regolarizzato il contorno della cisti suturata, si applica un tubo di drenaggio nel cavo peritoneale all'angolo inferiore della ferita, si riempie la cavità con tamponi al percloruro di ferro, e si sovrappone uno strato di garza e di cotone fenicato, e infine un quadrato di mackintosh e un cuscinetto riempito di piombo.

L'operazione durava un'ora e 50 minuti, compresa la cloroformizzazione: la donna si svegliò poco dopo dal sonno cloroformico in condizioni relativamente buone. Il liquido peritoneale raccolto era di circa 3 litri; il liquido cistico era di

circa 9 litri, di colore nerastro, assai denso, vischioso; la parete cistica escisa pesava 700 grammi.

Il tracciato che vi presento mostra chiaramente l'andamento clinico consecutivo all'operazione; come potete osservare, la temperatura raggiunge il massimo di 38°,6 all'ascella in 2ª e 5ª giornata; di 38°,5 in 8ª, 13ª, 14ª e 17ª; di 38°,8 in 12ª e 15ª; di 38°,2 in 3ª e 11ª; di 38°,1 in 6ª e 18ª; di 38° in 1ª, 4ª, 7ª, 10ª, 19ª, 21ª e 24ª; si mantiene fra 37°,9 e 37°,5 in 9ª, 16ª e 23ª giornata; e finalmente al disotto di 37°,5 in 20ª e 22ª.

Per essere breve io mi limiterò ad un cenno delle particolarità più notevoli avvenute nel tempo trascorso fra l'operazione e la completa guarigione della nostra operata. Ogni giorno furono fatte irrigazioni, con acqua al dento-cloruro nella cavità imbutiforme costituita dal segmento di cisti non esportata, che veniva riempita dopo l'irrigazione con batufoli bagnati in soluzione al dento-cloruro. In 5ª giornata si toglieva il tubo di drenaggio applicato all'angolo inferiore della ferita, perchè non dava più esito a liquido di sorta; in 7ª giornata si toglievano tutti i punti di sutura dai margini della ferita, e in 8ª anche le anse di filo metallico insieme al relativo peduncolo che nei giorni antecedenti erano state strette mediante piccoli serranodi. Ad ogni medicatura si escideva e si esportava una quantità più o meno grande di detriti dai margini e dalla cavità cistica; si distruggevano e si esportavano le masse proliferanti di piccole cisti che si sviluppavano man mano all'interno della cisti madre mediante il cucchiaio raschiatore, il bottone, il coltello, la punta del termocauterio del Paquelin, con klemmer e con grosse pinze: col termocauterio si arrestavano pure le emorragie che talvolta comparivano alla superficie di escisione fatta colle forbici e col coltello.

Frattanto le condizioni generali e locali della malata miglioravano progressivamente e manifestamente; la superficie della cavità sacciforme fattasi uniformemente granuleggiante si restringeva sempre più, ed era quasi del tutto chiusa, quando il 27 luglio 1885, tre mesi e più dopo l'operazione, la vecchia veniva inviata allo Spedale di S. Maria Nuova, in considerazione di questo, che la convalescenza doveva protrarsi ancora a lungo allo Spedale, per l'età sua avanzata e per la strettezza di mezzi finanziari della famiglia sua.

Vi presento la fotografia della Domenica Paoletti, fatta allo Spedale di Santa Maria Nuova il mese di ottobre 1885, a completa guarigione della malattia chirurgica. La cicatrice addominale è alquanto infossata e stirata leggermente in basso da un cordone di tessuto resistente che parte con base larga dal piccolo bacino. — Come si travede dalla fotografia, sempre eccellenti le condizioni generali.

Volendo riassumere a grandi tratti questa storia, potremmo dire: cistoma

ovarico colloideo intralegamentoso in donna di 74 anni: disturbi nell'apparato digerente e circolatorio. Puntura esploratrice e parzialmente evacuatrice: ovariotomia in corso di peritonite. Il legamento largo addossato al segmento inferiore della cisti è straordinariamente ipertrofizzato e vascolare. Escisione della parte estralegamentosa della cisti, sutura e fissazione del segmento inferiore al margine della ferita addominale, formando una piega della parete cistica esuberante all'angolo superiore della ferita; segmentazione di una massa solida esistente nel margine sinistro in tre peduncoli stretti col serranodi del Cintrat, drenaggio addominale. Quindi irrigazioni disinfettanti ripetute ogni giorno nella cavità sacciforme e riempimento di questa con tamponi bagnati in soluzione al dentocloruro. Distruzione metodica delle proliferazioni cistiche all'indentro del sacco con vari mezzi (mano, cucchiaio raschiatore, termocauterio del Paquelin, forbici, coltello); guarigione completa.

Il 4 dicembre 1885 la Paoletti era ricoverata nel manicomio di Firenze per demenza senile e moriva il 23 febbraio con fenomeni di uremia.

Debbo alla gentilezza degli egregi colleghi Dottori Bacci e Guggi l'aver potuto assistere all'autopsia da loro praticata in quello Spedale il giorno dopo la morte.

Al tavolo anatomico si trovò cistite e nefrite suppurata.

La cicatrice addominale presenta esternamente i caratteri suddescritti; internamente aderisce fortemente all'omento in alto, e si continua in basso e a sinistra col grosso peduncolo, duro, a forma di due tronchi di cono uniti per la parte ristretta e di cui una base aderisce alla parete addominale, e l'altra, meno regolare e più espansa, alla fossa iliaca interna di sinistra e al cellulare del parametrio.

In questa base di impianto il peduncolo è rappresentato principalmente da tessuto connettivo compatto, infiltrato qua e là da cellule connettive giovani, con qualche striscia formata da granuli di pigmento sanguigno.

In mezzo al tessuto connettivo si trovano molte cavità cistiche di varia grandezza, tappezzate da epitelio cilindrico e ripiene di sostanza granulosa, amorfa, colloidea. In qualche cisti si vedono eleganti sporgenze papillari, quali si erano trovate nelle cisti del tumore esciso.

L'utero è atrofico, grosso come un uovo di piccione, fissato al margine destro del peduncolo. Nella fossa iliaca di destra si vede un tumore, sottoperitoneale, grosso come un mandarino, appiattito, con superficie regolare. Osservato al microscopio si trova formato da cellule adipose, raccolte in mezzo a sepimenti numerosi e spessi di tessuto fibroso: i sepimenti hanno pochi ma grossi vasi, ed un'abbondante infiltrazione di cellule connettive giovani; essi partono da una capsula connettivale molto spessa che avviluppa il tumore. Nella massa di

esso tumore, fibro-lipoma, si trova un tronco nervoso, i cui fascetti sono circondati da connettivo in quantità maggiore dell'ordinario.

Fra il fibrolipoma e l'utero sta l'ovaio di destra: è grosso come una noce. Osservato al microscopio non presenta più traccia della struttura primitiva, è completamente trasformato in cisto-adenoma papillifero, a cavità prevalentemente tubulari.

Signori! Non è d' uopo risalire molto addietro per trovare i primi cenni bibliografici intorno ai cistomi ovarici intralegamentosi e alla tecnica operatoria relativa; nè mi credo lontano dal vero asserendo che la clinica e l' anatomia patologica non ne possedevano ancora nozioni alquanto precise innanzi il 1876, per opera di Kaltenbach, e il 1877 per opera di Hegar (Zeitschr. f. Gebh. u. fraueukrankh, 1876, pag. 537; estirpat. d. ut. u. d. eierstoecke durch die laparotomie, Wien. med. presse, 1877).

Nei trattati moderni di ginecologia, fatta astrazione di quello di Hegar e Kaltenbach, 1881 (Traité de gynecologie opératoire avec l'exposé des procédés d'exploration en gynecologie par Hegar e Kaltenbach — traduit par le Docteur Paul Bar, Paris 1885); negli stessi trattati speciali intorno ai tumori delle ovaia e dell'utero (Spencer Wells, ecc.), non vi ha parola in proposito, mentre in tutti troviamo un capitolo più o meno esteso riguardante le ovariotomie incomplete, dalla narrazione delle quali appare chiaramente che in qualche caso doveva trattarsi di cistomi ovarici intralegamentosi. L' impossibilità di terminare l'ovariotomia incominciata veniva attribuita impropriamente ad aderenze contratte dalla cisti colla faccia interna del peritoneo parietale, *in rapporto col bacino.* « La controindicazione più importante dell' ovariotomia (scrive Schroeder — Malattie degli organi sessuali della donna, traduzione dei Dottori Berruti e Raseri, 1880) dal lato pratico è data *dalle adesioni contratte dal piccolo bacino.* Se queste hanno un'estensione un po' vasta, per poterle sciogliere si richiedono delle lesioni molto vaste, nè è tanto facile di evitare una emorragia ostinata o lesioni del retto, della vescica o degli ureteri. E tanto più volontieri si lascierà in queste circostanze l'ovariotomia, in quanto che in esse appunto *è più facile e meno pericoloso lo stabilire una comunicazione permanente coll'esterno della vagina.* » E più innanzi, a pag. 352, con orgoglio di operatore soggiunge « non si ha nulla di più spiacevole nel praticare l'ovariotomia che l'accorgersi durante l'operazione che è impossibile il poterla terminare. Questo caso era molto più frequente una volta, quando si aveva paura di incidere delle aderenze anche moderate; ma anche adesso si possono incontrare delle aderenze appiattite così estese che ci trattengono dal proseguire oltre l'operazione.... Le aderenze estese, *massime verso il piccolo bacino*, possono rendere impossibile il compimento

dell'operazione. » Appare ancora più manifestamente che nel tempo che il ginecologo di Berlino dettava la sua opera non era conosciuta l'anatomia patologica, la topografia dei cistomi ovarici intralegamentosi, dalla interpretazione erronea del metodo operativo del Miner di Buffalo, il primo che siasi studiato nel 1869 di compiere l'ovariotomia in un cistoma intralegamentoso col processo speciale *dell'enucleazione.* « Ulteriori osservazioni, scrive ancora Schroeder a pag. 351, merita il processo di ovariotomia ultimamente proposto dal Miner in Buffalo, e da lui descritto sotto il nome di ovariotomia per enucleazione. Miner parte dal principio che i vasi si diramano solo al disopra della superficie della cisti, e nella vera parete di questa si addentrano solo dei capillari. Quindi egli a partire dal punto dove il peduncolo si dilata nella parete cistica, procede oltre, scostando dalla superficie della cisti le diramazioni del peduncolo che contengono i vasi e ne enuclea il tumore. Allo stesso modo si comporta colle aderenze e compie così l'operazione quasi senza versamento di sangue, e senza esporsi al pericolo di una emorragia consecutiva. » Orbene, il metodo dell' enucleazione addottato e proposto dal Miner, come vedremo in seguito, ha un altro scopo quello cioè di incidere in un punto, sulla pagina anteriore, il legamento largo che riveste il tumore sviluppatosi nel suo interno, distaccare a piccoli tratti il legamento stesso tutto in giro dalla superficie del tumore, che infine viene enucleato, esportato dalla loggia formatagli dal legamento largo.

Nè il più piccolo cenno, abbiamo detto, si trova nel lavoro dello Spencer Wells (des tumeurs de l'ovaire et de l'uterus, Paris 1883) intorno ai cistomi intralegamentosi dell'ovaio; anzi, leggendo a pag. 88 quanto scrive riguardo alle aderenze dei cistomi ovarici, e più ancora a pag. 418 il capitolo XIV « de l'ovariotomie incomplète et des incisions exploratrices, » e la descrizione quivi riportata di qualche caso di ovariotomia incompleta da lui praticata nel Samaritan Hospital, mi pare di poter asserire con certezza che egli pure non aveva in quel tempo alcuna nozione intorno ai cistomi ovarici intralegamentosi.

Ha particolare interesse il capitolo « tumeurs des ligaments larges » del « manuel pratique de gynecologie et des maladies des femmes » di De-Sinéty (Paris, 1879, pag. 719): l'osservatore penetrante della Scuola di Parigi mostra di intravederne la natura specialmente nella nota aggiunta a pag. 720 (les ovaires surnumeraires, que l'on observe dans les proportions del 4 a 5 sur 100 autopsies, iouent peut-être un rôle dans le développement de certains kystes du ligament large. »

Nel 1881 Hegar e Kaltenbach davano una descrizione anatomo-patologica esatta, e con piena cognizione di causa, dei cistomi ovarici intralegamentosi, nel trattato sopra indicato a pag. 172, e che mi pare opportuno di riportare. « Le pédicule peut encore manquer lorsqu'il s'agit d'une tumeur intra-legamen-

taire. Dans ces cas une partie de la tumeur s'élève dans la cavité du péritoine, tandis que le rest est compris entre les deux feuillets du ligament large et est ainsi extra-péritonéal. Dans les cas où cette partie est tres développée, on peut voir les parois de la tumeur s'appliquer sur les parties latérales du bassin et même, après avoir déplisse le ligament infundibulo-pelvien, elle peut venir reposer sur la fosse iliaque. En dedans, la tumeur refoule l'uterus, dont elle peut décoller la tunique péritonéale; quand ce processus est poussé a ses dernières limites, la tumeur peut venir glisser entre les feuillets du ligament large du côté opposé.

Les vaisseaux ne sont pas réunis en un seul faisceau, mais ils forment deux réseaux, l'un interne formé par les branches de l'artère uterine, qui suit la trompe; l'autre, externe, formé par les vaisseaux spermatiques. Le déplissement des ligaments larges varie évidemment suivant le développement de la tumeur. Dans certains cas leurs parois peuvent rester appliquées l'une contre l'autre au dessous de la tumeur. Ils sont alors parcourus par quelques veines de petit calibre. Mais si la tumeur est très développée, les ligaments larges peuveut etre complètement déplissés et la tumeur est en contact immédiat avec le plexus pampiniforme, et avec l'uretère. Olshausen a observé un kiste papillaire développe de chaque côté à l'intérieur des ligaments. Son segment extra-péritonèal descendait entre le rectum et le vagin jusqu'au voisinage de l' anus. Si, dans ces conditions, le revêtement péritonéal de la tumeur vient à contracter des adhérences avec les parties voisines, les rapports peuvent être tellement compliqués qu'il devient bien difficile de s'orienter pendant l'opération et même pendant l'autopsie. Dans certains cas, les deux feuillets du ligament large ne sont pas également distendus. Tantôt le feuillet posterieur, tantôt l'anterieur, entre seul eu jeu. On peut alors voir à un moment donné le feuillet qui est repousé ne plus être suffisant pour recouvrir completement la tumeur. Le ligament large oppose de la résistance au développement de la masse morbide; si le feuillet anterieur est surtout atteint, on voit le segment extra-peritonéal de la tumeur disséquer le péritoine pariétal et s'avancer derrière les muscles de la paroi abdominale; il peut meme atteindre le voisinage de l'ombilic. Si primitivement elle déprime surtout le feuillet postérieur, la tumeur peut s'insinuer a gauche, sous le mesocolon de l'osiliaque, à droite sous le mesocoecum; dans ces deux cas elle est en rapport avec les gros vaisseaux iliaques. La tumeur peut encore s'elever plus haut, disséquer le mésèntere et atteindre la région des reins. »

Si vede da quanto abbiamo detto che la ginecologia operativa ha preceduto di parecchi anni l'anatomia patologica, poichè già nel 1869 il Miner eseguiva la prima ovariotomia in cistoma intralegamentoso (Buffalo med. and. surg. y. june 1869, pag. 420, et Americ. y of med. scienc., oct. 1872 pag. 391

(enucleation)). Nel 1874 l'Urdy pubblicava qualche caso consimile nel lavoro « Manuel opératoire des cas difficiles d'ovariotomie et d'histerotomie, » ma vi confonde le aderenze per essudati collo sviluppo del tumore fra i foglietti del legamento largo; nel 1878 Carlo Schroeder scriveva un articolo negli archivi di ginecologia tedesca a proposito di fatti da lui osservati, e passando in breve rassegna le operazioni che si propongono di esportare le cisti intralegamentose, si appoggia all'autorità di Hegar e Kaltenbach. Lo Spiegelberg (Arch. f. Gyn., I, 1, pag. 71), l'Olshausen (caso n. 6, Berl. Klin. Wochenscht, 1876, n. 11; e Valkm. Klin. Vortr., n. 111) si erano incontrati in casi della stessa natura, e quest'ultimo ne parla nel trattato delle malattie delle ovaia (Enciclopedia di patologia chirurgica speciale e generale, ecc., redatta dai Dottori Pitha e Billroth, traduzione italiana dal tedesco) ove a pag. 1223 soggiunge che fino allora soltanto Kaltenbach aveva minutamente e stupendamente esposte le condizioni anatomiche dello sviluppo intralegamentoso del tumore ovarico. Muller di Berna (correspondant blattfür schwiz, 1879); Dohrn (Deutsche med. Wochenschr., 1879, N. 40); Pean (Cliniques, tom. I), Koeberle (articolo dell'ovariotomia nel Dizionario di medicina e di chirurgia pratica); Terillon (Kistes de l'ovaire enclavés dans le ligament large; conséquences de cette disposition au point de vue de l'ovariotomie (Séance de la Société de Chirurgie, 17 giugno 1883, Annales de Gynecologie, pag. 308), e in modo più esteso in altro lavoro (Du rapport qui existe entre les kistes de l'ovaire et le ligament large; ses consequences a propos de l'ovariotomie, Revue de Chirurgie, 1884, pag. 111); Terrier (Remarques cliniques sur une deuxième sèrie de 25 ovariotomie — Revue de chirurgie, 1884, pag. 1); e infine A. Rheinstaedter (Sieben ovariotomien mit einnahung der tumorbasis in die Bauchwunde: heilung ohne recidiv — Zeitschrift für geburtshülfe und gynakologie, 1884, pag. 257) hanno reso di pubblica ragione altri casi di cistomi ovarici sviluppatisi fra i foglietti del legamento largo.

La nostra letteratura è molto povera a questo riguardo. Nel 1882 il Professore Negri, attuale direttore della Scuola ostetrica di Novara, pubblicava un caso di ovariotomia da lui praticata, con esito felice, col metodo Schroeder, per cistoma sviluppatosi in parte nel lagamento largo di sinistra (di una ovariotomia precoce - contributo alla cura dei tumori ovarici a sviluppo estraperitoneale, Annali di ostetricia, ginecologia e pediatria, 1882, pag. 676). All'infuori di questo, della lezione del Prof. Chiara sopracitata (Riforma medica, 27 gennaio 1885), e dell'accenno che lo stesso autore fa dei tumori intralegamentosi dell'ovaio e della difficoltà della tecnica operativa di questi nel lavoro pure sopra ricordato (Casistica, contributo alla tecnica della ovario-isterectomia, ecc.), non trovo altro scritto che ne faccia parola.

Il Prof. Ceci di Genova in una nota recente sull'ovariotomia nelle cisti

completamente aderenti, e sullo sgusciamento delle cisti asessili (La salute, rivista di medicina, Genova, ottobre 1885, pag. 574), descrive un caso di cistoma ovarico da lui operato con esito fausto, il quale, come appare dalla descrizione, ha molti punti di contatto, e così intimi coi cistomi intralegamentosi, da farlo quasi credere tale.

« Gravissimo, egli scrive, fu il compito di isolare il tumore nella parte posteriore, ove mi avvenne di strappare due lunghe lacinie nastriformi che m'imposero per essere gli ureteri, ma le quali poi giudicai *fibre del muscolo psoas.* Altro periglioso incidente fu l'intima aderenza della cisti con un tubo membranoso, il quale aveva molta apparenza di essere un'ansa intestinale e che soltanto dopo averlo tagliato ed osservato nell'interno giudicai *per la tromba falloppiana sinistra enormemente dilatata.* Il laborioso distacco delle suddette aderenze fu eseguito senza perdita notevole di sangue, e durò circa un'ora e mezza. Rimaneva il tumore largamente impiantato *nella parete laterale inferiore sinistra del bacino, in corrispondenza del legamento largo sinistro.* Si intende che anche qui le *sopravvenute aderenze* avevano completamente *fatta perdere l' anatomia della parte.* Non si riscontrava traccia di peduncolo. Fu allora che, preoccupato della lunghezza dell'operazione, della scabrezza della regione, in cui dovevano volgersi le restanti manovre, e dal pericolo di lesione dei grandi vasi iliaci, recisi la grandissima porzione isolata del tumore, pensando di lasciare il resto foggiato a peduncolo e fissato nella parte inferiore del taglio addominale. Poi, mal sapendomi di lasciare una parte del tumore, cominciai, tagliando metodicamente tra due legature, rasente il lato sinistro dell'utero, a recidere *tromba, legamento rotondo e legamento largo.* Infine andando con le dita della mano destra sotto il segmento inferiore della cisti e misurando continuamente lo spessore di essa mercè la mano sinistra, con prudente distacco, *giunsi a sgusciarla dal suo impianto inferiore laterale sinistro del bacino.* »

Ebbene, anch'egli non accenna punto alla questione dei cistomi intralegamentosi.

I casi clinici trovati e riconosciuti tali al tavolo di operazione sono ancora molto pochi in Italia. Il Dott. Gerolamo Mo, chirurgo primario nell'ospedale di S. Giovanni in Torino, ha pubblicato recentemente (Gazzetta delle cliniche, 2 febbraio 1886) un caso di ovario-isterectomia, da lui eseguita con esito felice per cistoma ovarico proliferante. In esso, scrive l'A. « il peduncolo si estendeva da una fossa iliaca all'altra, ed era più spesso sulla linea mediana che sui lati: là pareva costituito dalla ciste che si fosse immedesimata coll'utero: qui dai legamenti larghi notevolmente inspessiti. Dall'esame. del pezzo patologico risultò: che la parete della ciste era interamente rivestita dal peritoneo che si poteva distaccare facilmente dalla ciste stessa, la quale si sarebbe svolta nello spessore del legamento largo di destra. »

Prima di questo, ch' io mi sappia, i casi sono soltanto i quattro osservati nella Clinica fiorentina dal Prof. Chiara, e l'uno operato dal Prof. Negri. — Di quello trovato nella Domenica Paoletti, ho sopra narrata la storia: degli altri operati dal Prof. Chiara, riporto brevemente la storia, unitamente a quella di due casi di cistomi del paraovario, pure occorsi nella stessa Clinica, e questo farò per la ragione che hanno in comune con quelli, oltrecchè la disposizione fra le pagine del legamento largo, moltissimi punti di tecnica e di difficoltà operative.

I.

Cistoma proliferante intralegamentoso dell'ovaio sinistro — Enucleazione — Guarigione regolare e rapida.

Elvira Lascialfari, di 25 anni, maritata, attendente a casa, entrava in Clinica il 13 febbraio 1883. Pubere a 14 anni, ebbe sempre mestruazioni regolari che si sospendevano durante due gravidanze, andate a termine e seguite da parto e da puerperio regolari, di cui l'ultimo fu 22 mesi prima di entrare in Clinica. Dopo il primo parto, 4 anni or sono, il ventre le si era mantenuto sempre un po' più tumefatto di quanto lo fosse prima della gravidanza, ma non dolente: solo nel quinto mese della seconda gravidanza sentì dolori vivi al ventre, attribuiti dal medico curante a leggera peritonite parziale, che guarì in poco tempo. La peritonite si affacciava con caratteri di gravità maggiore quattro mesi dopo l'ultimo parto, obbligando la paziente a letto per più di due mesi: frattanto il ventre cresceva gradatamente di volume, e si manteneva sensibile ad intervalli nell'epoca menstrua sopratutto, francamente dolente nel quadrante inferiore di sinistra.

All'esame praticato il 13 febbraio si trovò:

Nulla ai visceri toracici e addominali: ventre notevolmente arcuato e più sporgente nel quadrante inferiore sinistro che nel destro; la intumescenza del ventre ha resistenza elastica, ed è manifestamente fluttuante: si avventono qua e là parti dure, solide, di varia grandezza; la pressione anche leggera desta dolore nel quadrante superiore di destra. Ottusità estesa dal pube all'epigastrio sulla linea mediana, e da una linea mamillare all'altra nel senso trasversale: sonorità timpanica nel resto dell'area addominale. — Non cambiano i risultati facendo mutare posizione alla donna. Genitali esterni sani; vagina liscia; collo dell'utero in alto e a destra; il fornice di sinistra è spinto in basso da un tumore fluttuante, che pare unito al tumore sentito attraverso la parete addominale. — Legger edema alle estremità inferiori.

Con una puntura esploratrice e parzialmente evacuatrice all'addome si estraggono circa 550 grammi di liquido colloideo.

Fatta diagnosi di cistoma ovarico proliferante, il Prof. Chiara proponeva all'ammalata la cura radicale che allora non venne accettata.

Uscita dalla Clinica il 15 febbraio, la paziente vi ritornava il 6 di aprile col proposito di sottoporsi all'ovariotomia.

Le sue condizioni generali sono di poco cambiate e deteriorate: la misurazione addominale praticata il 7 aprile dà:

Circonferenza addominale al bellico	cent.	80
» sottombelicale	»	82
Distanza dal pube al bellico	»	15
» » alla punta sternale	»	31
» dal bellico alla S. I. A. S. D.	»	16
» » S. I. A. S. S.	»	17

Le viene prescritta una cura tonico ricostituente, l'uso dei ferruginosi e degli arsenicali, e ne trae notevole vantaggio.

Il 19 aprile si riprende la misurazione addominale che dà:

Circonferenza addominale al bellico	cent.	80
Distanza dal pube al bellico	»	14.5
» » alla punta sternale	»	30
» dal bellico alla S. I. A. S. D.	»	16
» » S. I. A. S. S.	»	16

Il Professore determinava di tentare la ovariotomia il 24 aprile, alle ore 11 antim.

Cloroformizzata la paziente, con una incisione praticata sulla linea medio-addominale, da 2 cm. sotto il bellico estesa in basso per 7 cm. viene aperta la cavità peritoneale dalla quale esce poca quantità di liquido ascitico di colore giallo-chiaro. Si mostra, attraverso la ferita, la parete della cisti, libera da aderenze pel tratto accessibile alla mano: è punta con un grosso trequarti, che dà esito a sei litri circa di liquido un po' denso, di colore grigio sporco. Quindi afferrata con robuste pinze la parete cistica, la si tira fuori a poco a poco dal cavo addominale, rompendo qualche debole aderenza che ha contratto coll'omento e coll'intestino. A questo punto si riconosce che il tumore è intralegamentoso, e che il segmento inferiore ha divaricato le pagine del legamento largo sinistro fino ad invadere il cellulare pelvico.

In seguito alle trazioni fatte sulla cisti, il foglietto posteriore del legamento si era lacerato per un piccolo tratto in prossimità dell'estremo suo esterno. Colle dita introdotte nella lacerazione si distacca a poco a poco il segmento inferiore del tumore, che per tal modo viene enucleato ed esportato in totalità dal cavo intralegamentoso. Non si nota emorragia; si lava e si asciuga la cavità peritoneale e si procede alla sutura della ferita addominale, con 4 punti profondi e due superficiali.

L'operazione durava in tutto 35 minuti: la donna si svegliava pochi momenti dopo dal sonno cloroformico in ottime condizioni.

Il decorso clinico consecutivo alla operazione si presentava tipicamente regolare, e la Lascialfari esciva dallo Spedale 17 giorni dopo in condizioni ottime.

II.

Cistoma ovarico colloideo intralegamentoso — enucleazione — La donna cessava di vivere 16 mesi dopo l'operazione per carcinoma diffuso dello stomaco, del fegato, della milza e del peritoneo.

Pellegrina Cavaciocchi, di 64 anni, vedova, attendente a casa, entrá in clinica il 20 marzo 1884. Ebbe la prima mestruazione a 17 anni; in tutto regolari le successive mestruazioni: ebbe l'ultima all'età di 33 anni appena. Undici gravidanze, di cui l'ultima gemella, nel 1853; tutti regolari i parti e i puerperi. Non ha sofferto malattia prima della presente, che data, al dire della donna, da otto mesi.

Nel luglio 1883 cominciò ad avvertire dolori vaganti agli ipocondrii e all'ipogastrio; si accorse pure a quell'epoca che il ventre era tumefatto, e cresceva continuamente fino a raggiungere nel dicembre un volume di poco inferiore al presente. Ne rimase difficultata la deambulazione e la respirazione, che ad intervalli più o meno lontani assumeva l'aspetto di attacchi dispnoici; si alteravano le funzioni della vescica e dell'intestino; i dolori si facevano più vivi e costanti, per cui verso la fine del gennaio 1884 si decideva a cercare ricovero nella Clinica chirurgica di Firenze, e più tardi, il 20 marzo, nella Clinica ginecologica, supplicando il Prof. Chiara di volerla liberare dal male che sapeva consistere in un tumore.

In questo momento la paziente si presenta molto deperita e il dimagramento pare sia stato rapido negli ultimi tempi. È di media statura, di buona

conformazione scheletrica: rugosa la faccia e di colore terreo; gli occhi infossati; denti regolari e ben conservati. Nulla ai polmoni e al cuore.

Il ventre è voluminoso, a forma di botte, sporgente in avanti e in basso, e nella posizione dorso-sacrale, poggiante sulle coscie. La pelle del ventre è lucente e l'epidermide si stacca a larghe squamme; la parete addominale sottile; vi si vedono disegnate le anse intestinali, spinte nelle regioni ipocondriache, e sotto gli archi costali, divaricati all'esterno. — La cicatrice ombelicale è piana, pigmentata la linea alba al disotto del bellico: smagliature di data antica e di recente nei quadranti inferiori.

La forma del ventre è simmetrica: alla palpazione si sente fluttuazione distinta in tutto l'ambito addominale, resistenza poco elastica, eguale. Non si riesce ad infossare le dita al di dietro della sinfisi pubica. Ottusità assoluta sopra tutta l'area addominale, meno alla regione più alta dell'epigastrio e agli ipocondrii, dove si ha risonanza timpanica.

I genitali esterni sono congesti, di colore rosso vinoso; la vagina liscia; l'utero atrofico per involuzione senile; se ne avverte appena il corpo e il collo è ridotto ad un cingolo duro, poco sporgente in vagina, con orificio centrale. Pare che questo si possa muovere indipendentemente dal tumore.

Il 21 marzo si presero le seguenti misure:

Circonferenza ombelicale	cm.	102
» sottombellicale	»	103
Distanza dal pube al belico	»	23
» » alla punta sternale . .	»	46,5
» dal belico alla S. I. A. S. D . .	»	27
» » S. I. A. S. S. . .	»	28

Le urine sono normali, abbondanti.

Si sottopone la paziente all'uso metodico di preparati chinacei, ferruginosi, arsenicali, e alla migliore alimentazione possibile. Il 26 di marzo si pratica una puntura parzialmente evacuatrice; vengono estratti otto litri di liquido sanguigno, scuro, alquanto sciolto: il giorno seguente la misurazione addominale segnava:

Circonferenza addominale al bellico . . .	cm.	86
» sottombelicale	»	88,5
Distanza dal pube al belico	»	23
» » alla punta sternale . .	»	30,5
» dal belico alla S. I. A. S. D. . . .	»	20
» » S. I. A. S. S. . . .	»	20,5

Tenendo conto della natura del liquido, e soprattutto delle condizioni generali della malata, il Prof. Chiara emetteva la diagnosi di cistoma ovarico moltiloculare, probabilmente sarcomatoso; ma più tardi modificava in meglio il suo giudizio, in considerazione del miglioramento nelle condizioni generali. Per cui spinto anche dal vivo desiderio della paziente di tentare la cura radicale, benchè essa fosse a parte dei pericoli inerenti all'atto operativo, il Prof. Chiara decideva di intervenire, disposto per altro ad arrestarsi ad una laparotomia esploratrice, quando le circostanze l'avessero consigliato. Metteva in pratica la presa deliberazione il 2 maggio 1884.

La misurazione addominale presa il giorno stesso dell'operazione dava:

Circonferenza addominale al bellico . .	cm.	105
» sottombelicale	»	106,5
Distanza dal pube al bellico	»	25
» » alla punta sternale . .	»	47,5
» dal bellico alla S.I.A.S.D. . .	»	28,5
» » S.I.A.S.S. . .	»	29,5

L'operazione venne eseguita alle ore 3 pom. del giorno sopraindicato.

Cloroformizzata la donna il Prof. Chiara mette allo scoperto la cisti con una incisione di 10 cm. fatta sulla linea mediana ad uguale distanza dal bellico e dalla sinfisi pubica. Nello spingere la mano fra la parete addominale e la cisti, questa si rompe in corrispondenza dell'incisione, e dà esito a 6 litri circa di liquido verde-scuro, leggermente gommoso. L'operatore cerca di afferrare la parete cistica con grosse pinze e di chiudere con queste l'apertura fattasi, per impedire lo scolo di liquido nel cavo addominale, ma inutilmente; essa è notevolmente friabile e facilmente si lacera dove è presa.

In questo momento la paziente dà segni di asfissia per spasmo della glottide; il polso si fa piccolo, filiforme, frequente; la respirazione stertorosa; si raffreddano le estremità, e tutto fa temere per la vita. La respirazione artificiale, l'eccitazione della pelle, le iniezioni ipodermiche di etere e di muschio, il riscaldamento, riescono a vincere il pericolo; la malata riprende a poco a poco e la respirazione si fa regolare.

Frattanto l'operatore colla mano introdotta fra la cisti e la parete addominale, rompe qualche aderenza nel quadrante inferiore sinistro; ma, arrivato in basso e a destra, sente che senza traccia di peduncolo la cisti si continua direttamente col peritoneo del legamento largo, che la avviluppa, la riveste per buon tratto. Colla stessa mano, introdotta nella cavità della cisti, ne afferra il fondo, e tirando dolcemente, in modo continuo, riesce ad estrarla rovesciata, enucleandola.

Emorragia di poca importanza nell'infundibulo rimasto, la quale viene arrestata con acqua Pagliari, e cauterizzando la superficie sanguinante col termocauterio del Paquelin. Con quattro punti di sutura (catgut) si uniscono i margini del legamento largo e si chiude quindi l'infundibulo. Lavatura della cavità peritoneale con acqua fenicata, ed asciugamento: sutura della ferita addominale con 5 punti profondi e 4 superficiali: in ultimo la fasciatura solita con quadrati di garza e di cotone coperti da un cuscinetto imbottito di piombo.

Il decorso clinico successivo all'operazione fu tipicamente regolare, ed il 15 di giugno la Cavaciocchi usciva dalla Clinica in buone condizioni.

Se non che queste condizioni si mantenevano tali per pochi mesi, ed il 14 agosto 1885 la povera operata ricoverava nuovamente nella Clinica dove era stata liberata dal molesto ospite, e vi cessava di vivere il 12 settembre per carcinoma diffuso dello stomaco, del fegato, della milza e del peritoneo, come si constatò al tavolo anatomico.

La cicatrice addominale si mostrava di bello aspetto e sana anche alla sua faccia interna peritoneale; era molto evidente la cicatrice risultata alla fossa iliaca interna di destra, nel punto corrispondente ai foglietti del legamento largo stati suturati dopo l'enucleazione della cisti praticata l'anno prima. Abbastanza regolare, all'angolo esterno si sollevava per formare un tumore grosso come un uovo di tacchina, ricoperto dal peritoneo e che al taglio si mostrò di natura cistica, moltiloculare, contenente sostanza colloidea. Era evidentemente un resto della cisti esportata che si era sviluppata in quel modo. Nessuna traccia di infiltrazione cancerosa nella cicatrice.

III.

Cistoma uniloculare, intralegamentoso, suppurato - Peritonite - Escisione (metodo Schroeder) — Occlusione intestinale — Morte.

Emilia Vormigli, 28 anni, maritata, tessitrice; entrava in Clinica il 5 maggio 1884. Nulla di gentilizio, nessuna malattia prima della presente. Fu mestruata la prima volta a 13 anni, regolari in tutto le successive mestruazioni. Ebbe 5 gravidanze; 3 parti regolari a termine, uno artificiale (rivolgimento); l'ultimo (or fanno cinque mesi e mezzo) abortivo: puerperi regolari.

Ai primi del gennaio ultimo scorso, circa un mese dopo l'aborto, è stata sorpresa da dolori lancinanti nella regione iliaca destra, accompagnati da febbre: sulla regione dolente l'ammalata avvertiva una durezza notevole. I dolori creb-

bero di intensità tanto da rendere intollerato il peso delle coperte del letto; ma furono di breve durata, e 7 giorni dopo il loro esordio la malata poteva attendere alle sue occupazioni domestiche. Al principio di marzo ricomparvero gli stessi fenomeni che durarono un tempo ancora più breve: la paziente si accorse allora che oltre alla durezza, il ventre presentava un aumento di volume in basso, nella regione sottombelicale.

Verso la metà di aprile la stessa fenomenia con dolori vivi, per cui ricoverava allo spedale ed era accolta nella clinica medica. Prima di entrare nella clinica le erano stati applicati empiastri e fatte frizioni con pomata di belladonna e con tintura di iodio sul ventre: in clinica si manteneva quasi continuamente in stato febbrile con temperatura media di 39°; le venivano fatte frizioni con pomata mercuriale e iodoformica e una puntura esplorativa del tumore addominale dal Prof. Chiara, chiamatovi in consulto. Il liquido estratto in poca quantità era denso, di colore rossigno, puriforme, ricco di leucociti, di globuli rossi e di detriti cellulari. Di là era inviata alla clinica ginecologica il 5 maggio 1884.

All'esame praticato subito alla sua entrata (mattino) si trovò:

T. 38 — P. 90 — R. 26.

Faccia suffusa, occhi infossati, lingua asciutta; nulla al petto, ventre molto arcuato, di forma ovoidea a massimo diametro trasversale. Resistenza elastica eguale dappertutto; le pareti addominali non si spostano sul tumore sottostante. Dolori che si esacerbano alla palpazione; fluttuazione distinta. Ottusità assoluta che incomincia all'arco costale di destra, in corrispondenza della linea emiclavicolare, e discende fino alla cicatrice ombelicale, che sorpassa estendendosi orizzontalmente fino alla linea ascellare anteriore di sinistra. Di qui si porta in basso fino alla S.I.A.S. Per cui la risonanza timpanica è limitata ad un'area ovalare, che a sinistra si estende verso il fianco, stando la donna supina: questi limiti cambiano col cambiare di posizione la donna.

I genitali esterni sono fortemente edematosi: la vagina corta, i fornici tesi e spinti in basso nascondono quasi completamente il collo uterino; oscura fluttuazione attraverso il fornice posteriore: l'utero è in antiflessione; la sonda penetra in cavità per 7 ctm.

Nei giorni successivi la temperatura si mantiene un po' alta, con una media di 38° all'ascella; si ha deperimento progressivo della malata; il Prof. Chiara, emessa le diagnosi di cistoma suppurato con peritonite, dispone di tentare la cura radicale, come sola via di scampo possibile, e la mette in pratica nelle prime ore pom. del 14 maggio.

Incisa la parete addominale nel luogo di elezione, arriva alla faccia esterna del peritoneo, molto ispessito e rammollito. Procedendo con tagli lunghi ma pochi profondi, al disotto del peritoneo trova un'altra membrana, e poi una seconda ed una terza; membrane tutte spesse, ricche di vasi, costituite da essudati non recenti. A questo punto è messa allo scoperto la parete cistica, di colore rosso scuro. Perforata con un trequarti di media grossezza, ne esce un liquido denso, purulento, con molti stracci fibrinosi; si ottura spontaneamente la cannula e si interrompe la corrente.

Tolto il trequarti ed afferrati i lembi dell'incisione con una grossa pinza del Pean, l'operatore cerca di rompere le aderenze della cisti tutto in giro all'incisione, e nella manovra la cisti si rompe e dà esito a buona quantità di contenuto nella cavità addominale. La mano introdotta nel sacco cistico trova a destra e a sinistra due perforazioni: la cisti è uniloculare, compresa in basso, fra le pagine del legamento largo, ed è solidamente aderente in vari punti coll'intestino. Un tentativo di separazione dà luogo ad emorragia a nappa, che è arrestata col termocauterio del Paquelin. Estratta la cisti fino al punto delle perforazioni, si applicano punti di sutura sui margini di queste; si escide la porzione extra-legamentosa, e dopo una generosa lavatura con soluzione fenicata del cavo peritoneale, si sutura il margine del segmento lasciato col margine della ferita addominale nel modo indicato nell'osservazione I. Drenaggio addominale agli angoli della ferita, riempimento del sacco cistico; la solita fasciatura.

L'atto operativo, compresa la cloroformizzazione, durava ore 1.20'; alla sera dello stesso giorno 14 si aveva:

T. 38.1 (come al mattino) — P. 100 — R. 32

si cambia la medicatura bagnata di sierosità sanguigne.

15 maggio	mattino:	T. 38.4 —	P. 120 —	R. 28
	sera	» 38.8 —	» 104 —	» 26

Notte insonne, agitata; sete intensa, vomiti ripetuti di sostanze ingerite e di sostanze muco-biliari. Il ventre è arcuato, ma trattabile; dai tubi di drenaggio è uscita una moderata quantità di liquido siero-sanguigno.

Si cambia la medicatura e si fa un'accurata detersione della cavità sacciforme.

16	mattino:	T. 40.5 —	P. 132 —	R. 28
	sera:	» 39.8 —	» 124 —	» 26

Le condizioni del giorno prima, più subdelirio. Si cambia la medicatura quattro volte nelle 24 ore.

17 mattino:	T. 39.2 —	P. 144 —	R. 32
sera:	» 39.7 —	» 124 —	» 26

Notevole prostrazione; vomiti frequenti di sostanze biliari: ventre teso e disteso. Si tolgono due punti di sutura per aprire il cavo peritoneale: non si ha raccolta visibile di liquido alterato.

Applicazione terebintinata all'epigastrio: clistere purgativo, senza effetto. La paziente cessava di vivere la mattina del giorno 18, alle ore 6,30 ant.

L'autopsia palesava, cosa inaspettata, occlusione intestinale per accumulo e retrazione di essudati intorno all'esse iliaca.

IV.

Cistoma del paraovario destro e cistoma colloideo dell' ovaio sinistro — Escisione del primo col metodo Schroeder — Esportazione del secondo ed affondamento del peduncolo.

L. Ridolfi, di 57 anni, maritata, attendente a casa — entra in Clinica il 16 luglio 1884. Fu mestruata la prima volta a 14 anni; regolari le successive mestruazioni: ebbe l'ultima 12 anni or sono.

Quattro gravidanze regolari, come regolari seguirono i parti e i puerperi: l'ultimo 20 anni fa. Nulla di gentilizio: nessuna malattia di importanza prima della presente, che daterebbe, al dire della malata, da sette anni. A quell' epoca il ventre cominciava a mostrarsi tumido e crebbe poi continuamente, fino a raggiungere le dimensioni che presenta ora:

Circonferenza addominale al bellico . .	cm.	114
» sottombelicale	»	118
Distanza dal pube al bellico	»	30
» dal bellico alla punta sternale .	»	26,5
» » alla S.I.A.S.D. . . .	»	31
» » S.I.A.S.S. . . .	»	31
Diametro longitudinale del tumore . .	»	36
» trasversale » . .	»	33

All'esplorazione si trova l'utero atrofico, mobile, stirato in alto e spinto in avanti: nel fornice posteriore un'intumescenza di oscura fluttuazione, di resistenza ineguale, che pare continua col tumore addominale. Il 17 luglio viene praticata una puntura esploratrice attraverso la parete addominale, e si estraggono tre litri di liquido poco denso, di color cioccolata.

Nel concetto di probabile cistoma ovarico proliferante, il Prof. Chiara procede all'ovariotomia il 19 luglio.

L'incisione medio-addominale al disotto del bellico è fatta di 10 cm.: applicati due punti di sutura agli angoli della ferita, con una mano introdotta fra la cisti e il peritoneo, l'operatore cerca di rompere le larghe e fitte aderenze contratte fra loro e l'ottiene non senza difficoltà. Punta la cisti escono circa venti litri di liquido avente i caratteri di quello estratto coll'aspirazione esploratrice.

La cisti è uniloculare, ed ha estese aderenze coll'intestino e col mesenterio, le quali, rotte colla mano, danno luogo a leggera emorragia che viene arrestata col termocauterio: alcune di loro, sotto forma di briglie, sono legate ed escise fra due nodi.

Si riconosce che il tumore è uniloculare, intralegamentoso, del paraovario destro: di più si riconosce che nello spazio del Douglas ha contratto aderenza con un secondo tumore, della grossezza di una testa fetale di sei mesi, il quale è stato spinto dal grosso cistoma in basso, per modo da formarsi una specie di nicchia sporgente nel fornice vaginale posteriore. È questo un cistoma colloideo dell'ovaio sinistro, ed è munito di lungo peduncolo. Distaccate le sue aderenze, viene estratto dalla cavità addominale. Si stringe il peduncolo con doppio nodo a fili incrociati; si escide la parte superiore e si abbandona il moncone nel cavo addominale.

Il grosso cistoma intralegamentoso ha contratte aderenze intime anche con l'utero, e il segmento inferiore si estende per buon tratto al disotto delle pagine divaricate del legamento largo. Abbandonata l'idea di enuclearlo, se ne escide la porzione extra-legamentosa, e si sutura il margine del segmento lasciato coi margini della ferita addominale.

Drenaggio addominale; riempimento della sacca cistica con garza e cotone fenicato; la solita medicatura col cuscinetto imbottito di pallini di piombo.

L'operazione durava un'ora ed un quarto; l'operata si svegliava dal sonno cloroformico in buone condizioni.

Alla sera dello stesso giorno 19 si aveva:

T. 37.7 — P. 100 — R. 30.

Qualche sforzo di vomito, dolore al basso ventre. Iniezione ipodermica di cloridrato di morfina.

20 luglio –	mattina ore 8:	T. 37.2 —	P. 84 —	R. 22
	mezzogiorno	» 36.8 —	» 104 —	» 38
	sera ore 4:	» 36.8 —	» 112 —	» 38
	» 8:	» 37 —	» 120 —	» 30

Notte agitata: vomiti ripetuti di sostanze ingerite e di sostanze mucose: perfrigerazione nelle prime ore del mattino. — Ventre dolente, teso e disteso: urine abbondanti e leggermente fenicate: emissione di gas del retto.

Si cambia la medicatura: si fanno irrigazioni nel cavo addominale, attraverso il tubo di drenaggio e nel sacco cistico.

Subdelirio nella sera. Iniezione ipodermica di cloridrato di morfina.

21 mattina	ore 7:	T. 38.7 —	P. 124 —	R. 36
	» 9:	» 39 —	» 132 —	» 32
	» 11:	» 38.3 —	» 140 —	» 40
sera	» 4:	» 39.3 —	» 147 —	» 44

Notte insonne; brivido al mattino: vomiti nella giornata: subdelirio. Lingua asciutta, ventre fortemente disteso, dolente alla pressione.

Si cambia la medicatura e si fa un' iniezione ipodermica di morfina. La paziente cessa di vivere alle ore 8.45 pom. del 21 luglio.

La necroscopia deponeva per peritonite settica: lo spazio del Douglas e la nicchia nella quale stava adagiato il cistoma proliferante dell' ovaio sinistro erano occupati da circa 300 grm. di liquido sanguigno torbido.

V.

Cistoma proliferante delle due ovaia — Addossamento e adesione dei due tumori per modo da rappresentare un grosso cistoma pauciloculare — Sviluppo intralegamentoso esteso in basso e verso la fossa iliaca destra — Forte adesione al margine destro dell'utero — Amputazione parziale dei due cistomi e sopravaginale dell' utero — Governo extra-perito-

neale del peduncolo con lo schiacciatoio a catena — Regolarissima e assai rapida guarigione.

(Riporto letteralmente questa osservazione dal lavoro sopracitato del Professore Chiara (*Casistica, contributo,* ecc.).

Maria Gambini, nubile, di 57 anni, sarta da uomo, viene nell'Istituto, sezione ginecologica, il dì 11 ottobre 1884. Pubere a 14 anni, ha la mestruazione sempre regolare sino a 19 anni; a quest'epoca sospensione per gravidanza che tocca regolarmente il termine ed è seguita da parto un po' languido ma spontaneo e da puerperio fisiologico. — A 6 anni pare abbia sofferto grave febbre tifoidea, e ricorda che in quell'epoca fu anasarcatica e itterica. Or sono 2 anni circa fu ammessa una prima volta in questo Istituto per abbondante scolo leucorroico e sanguigno portato da granulazioni confluenti cervico-vaginali; queste cedettero rapidamente a una cura appropriata che durava 20 giorni, e la Gambini lasciava la Clinica perfettamente guarita e non presentando alcun indizio della neoformazione per la quale faceva ritorno nell'Istituto.

Con l'esame clinico istituito il 15 ottobre si rileva normale lo stato dei visceri toracici e addominali, non che del sistema nervoso, se ne togliamo alquanta debolezza irritabile dovuta in gran parte a un grado un po' spinto di oligocitemia.

Da parte dell'apparato genitale si nota il pudendo esterno regolarmente conformato, la forchetta integra, la vagina lunga, un po' stretta e resistente (in evoluzione senile) inumidita da qualche goccia di sangue; la cervice uterina piccola dura, è cacciata in su verso lo stretto superiore, e guarda posteriormente; non si apprezza il corpo uterino. Il fornice anteriore si sente disteso da una intumescenza elastica, ma non distintamente fluttuante; la medesima sensazione si ha col dito spinto verso il fornice posteriore: il reperto della sonda uterina non ha valore non avendo potuto spingerla oltre 4 ctm. nè trovato ragione di mettere una qualche violenza in siffatto esame che nel caso speciale non poteva dare grande schiarimento. La mestruazione cessata da circa 7 anni sembra ricomparsa; da circa 4 mesi l'ammalata nota dalla vagina uno scolo sanguigno copioso e periodico che dura ciascun mese da 5 a 8 giorni; non v'ha leucorrea, e di quando in quando, specialmente prima di vuotare la vescica, si fa sentire un lieve dolore soprapubico; vescica e intestino regolarissimi nella loro funzione.

L'addome si mostra notevolmente tumefatto; l'intumescenza è irregolare e pare composta di due masse secondarie ma disuguali a giudicare da una depressione mediana e un po' obliqua verso sinistra. L'intumescenza ha resistenza

elastica, non uniforme; a sinistra, nella regione iliaca è più cedevole; con la palpazione combinata si rileva non oscura la ondulazione, ma non così netta da poter giudicare se la ondulazione sia generale, o limitata a ciascuna delle due bozze nelle quali sembra diviso il tumore. Facendo con la mano una pressione scorrente qua e là si avverte distintamente alla regione periombellicale destra un crepitio analogo a quello dato dalla cartapecora premuta con l'intermezzo di una stoffa morbida e alquanto grossa. La bozza di sinistra si sente irregolare verso l'infuori e nella regione ileo-lombare dove pare si stacchi dal tumore principale una intumescenza dura, bernoccoluta e grossa quanto il pugno; in alto si approssima all'arco costale da cui dista circa due dita trasverse; la bozza destra non è soltanto più rilevata, ma monta più alto e tocca quasi l'arco costale; nè con opportuni movimenti della donna, nè con pressioni manuali si può spostare in modo sensibile il tumore; l'ascoltazione è negativa. La misurazione il 15 ottobre dà le cifre che seguono:

Circonferenza addominale al bellico . . .	cent.	76
» » sottombelicale . .	»	84
Dal pube all'appendice xifoide	»	28
» al bellico	»	20
Semicirconferenza longitudinale.	»	27
» trasversale	»	33
Dal bellico alla S. I. A. S. S.	»	18
» alla spina I. A. S. D.	»	20
Diametro longitudinale	»	22
» trasversale	»	25

Al dire della donna l'età di questo tumore non sarebbe superiore a nove mesi.

Si rimanda a un'altro giorno la puntura esploratrice, dalla quale si spera un po' di luce, e che vuol essere preceduta da tutti i preparativi per la laparotomia nel caso sia reclamata da qualche accidente imputabile alla puntura; e intanto nella previsione che la donna, dopo consultata la famiglia, si decida per il tentativo di cura radicale, viene istituita una cura tonico-ricostituente che la denutrizione, la pallidezza e la flaccidezza dei tessuti, e la debolezza generale invocano d'urgenza.

Il 17 ottobre, cioè 6 giorni do o entrata, la donna è colta da lieve brivido, la temperatura verso le 2 pom. è 38. 2, il polso 100, il respiro 26; si lamenta di dolore al piede sinistro e alla piega inguinale dello stesso lato. L'indomani si nota un po' di edema perimalleolare, e il dolore s'è diffuso fino al ginocchio, specie nel cavo popliteo; la temperatura oscilla tra 37.5 e 38. Nel giorno se-

guente l'edema si estende a tutto l'arto e con l'edema si afferma tutta la fenomenia della flebite crurale (o flegmasia alba dolens); il dolore si fa sentire talvolta molto molesto, ed è causa di qualche notte insonne; ma la febbre dei primi due giorni non si mantiene; le buone condizioni dell'apparato gastrico non cedono, e insieme alla cura tonico-ricostituente che continua regolarmente portano la risoluzione della flebite il 17 novembre, cioè un mese preciso dopo l'esordio. Intanto (il dì 5 novembre) anche per diminuire la pressione addominale e favorire la scomparsa dell'edema s'era fatta la puntura parzialmente evacuatrice estraendo 3 litri di un liquido fortemente colloideo di color pagliarino-chiaro; ciò che ci faceva accogliere la diagnosi di cistoma proliferante comune anzichè di cisto-sarcoma verso cui ci spingeva la rapida evoluzione del tumore, la denutrizione della donna e la comparsa della trombosi che, venuta quando l'ammalata era inquieta e s'era iniziata la cura ricostituente, aveva tutta l'apparenza di una trombosi marantica.

Posata cotesta diagnosi fu riproposto il tentativo di cura radicale alla donna, e questa avendolo accettato, si procedette all'atto chirurgico il dì 25 novembre alle ore 3 pom., con la previsione di dover lottare contro molte nè lievi difficoltà per aderenze parietali estese, forse viscerali, e forse col peritoneo pelvico; la misurazione del tumore fatta il mattino diede le medesime cifre che la prima dimostrando completamente riprodotto il liquido estratto con la puntura.

Condotta della operazione. Temperatura dell'ambiente 16°; temperatura dell'operanda 36.8, polso 70, respiro 22. Anestesia con il cloroformio, nebbia fenicata (10 o/o) da due potenti nebulizzatori; soluzione di bicloruro di mercurio al $^1/_2$ o/oo onde lavare le mani e tutto quanto non viene intaccato dal bicloruro; lavatura della parete addominale con sapone disinfettante (al bicloruro di mercurio) e poi soluzione mercuriale; lungo catetere metallico in vescica dove sta sino al termine dell'operazione.

Compiuti cotesti preliminari s'incide la parete addominale sulla linea mediana per 10 cent. a cominciare da 2 cent. sotto la cicatrice ombelicale; scoperto il peritoneo viene sollevato in piega e, fatta una finestra da dar passo al dito, sulla guida di questo si spacca in alto e in basso sino a livello della incisione delle pareti, e subito dopo si mettono ai due angoli superiori ed inferiori due punti, con seta, comprendenti tutti gli strati dal peritoneo alla pelle. Assicurato così da un distacco il peritoneo, si esplora con la mano, per la breccia fatta, la superficie del tumore, che si constata libero da aderenze per tutto quel tratto ch'è concesso alla mano di esaminare; durante questi maneggi cola dall'angolo inferiore qualche cucchiaiata di siero alquanto torbido.

A questo punto procedo alla puntura della ciste mediante un trequarti mezzano di Koeberlé, e ottengo un liquido colloideo di color bruno e sangui-

nolento. Usciti circa 4 litri di questo liquido, il getto si arresta; m'accorgo he tende verso la cisti parzialmente svuotata, la parete di un'altra cisti (o loggia che si voglia) che pungo immediatamente ottenendo liquido quasi identico al primo venuto, nella quantità di circa due litri. Svuotato così in buona parte il tumore con tirate non forti, ma insistenti, posso portar fuori buona parte della cisti punta ultima e che reca verso il suo equatore un conglomerato di piccole cisti grandi quanto il pugno; era la massa d'apparenza solida e un po' bernoccoluta che si era sentita con la palpazione al primo esame del tumore. Gli è quando questa massa urtò contro il margine sinistro della incisione addominale che si lacerò la parete della cisti, là dove tiravo con le dita, ed è pure in questo momento che un po' di liquido cistico cadde nel peritoneo. Questa massa che rimaneva applicata sull'apertura addominale nascondendo quasi tutto il campo operativo, venne spaccata largamente e poi spremuta; ma con pochissimo vantaggio; in allora introdussi la mano nella cavità cistica e la sentii ripiena di masse molliccie aderenti alla parete che portate fuori presentarono l'apparenza di adipe molle di color bianco-rossastro; la stessa manovra ripetei per la cisti punta la prima, ottenendo la medesima poltiglia ma in quantità più notevole. Fatto questo speravo che il tumore considerevolmente avvizzito potesse venire estratto, ma inutilmente, sebbene tirando fortemente sulla cisti di sinistra si fosse portato fuori l'utero che apparve cilindroideo, e allungato di molto (circa 12 cent.). Procedetti tosto a un esame accurato per farmi, s'era possibile, un concetto esatto della disposizione delle cose ed ecco quanto mi parve rilevare.

L'utero ruotato completamente con la sua faccia anteriore verso sinistra non presentava traccie di ovaio e di tromba da codesta parte; correggere la rotazione non era possibile; la cisti sinistra (punta la 2ª) era quella che lo aveva messo e lo teneva in siffatta posizione; la mano introdotta in questa cisti fin sul fondo si sentiva con un dito introdotto in vagina molto distintamente attraverso il fornice vaginale a cui aderiva.

La cisti di destra (punta la 1ª) era aderente al margine destro dell'utero per tutta la sua altezza, e il suo peritoneo si espandeva sulla cisti, sulla cui regione antero-superiore terminava la tromba destra molto allungata; niuna traccia di ovaio.

La mano introdotta in questa cisti constatava che la sua cavità si estendeva tra i foglietti del legamento largo, in basso, e verso la fossa iliaca e un po' verso lo spazio di Retzius, donde la sensazione avuta dal dito portato contro il fornice vaginale anteriore all'epoca della prima visita.

S'era dunque in presenza di due cistomi, uno per ovario, non soltanto senza peduncolo, ma intraligamentosi; quello di sinistra probabilmente sviluppatosi prima e cacciato verso la fossa iliaca destra doveva aver contratto aderenza me-

diante il foglietto posteriore del legamento largo destro dispiegato dallo svolgersi di un cistoma omonimo; quest'adesione una volta fattasi pose termine al moto di rotazione dell'utero che trovava una specie di nicchia, dove collocarsi, nel punto dove s'era fatto l'incontro e il coalito dei due cistomi; niun vestigio avendo trovato della tromba sinistra nulla posso dirne. In cotesta complicatissima situazione *quid agendum?*

Respinta la enucleazione alla Miner che mi si presentava come assolutamente impossibile e che m'era riuscita altre quattro volte con due guarigioni; respinta la enucleazione par suppuration di Péan, respinto anche il processo di Schroeder originale, o modificato da Spiegelberg, da Olshausen, da Hegar, da Mueller, mi decisi per l'amputazione parziale dei cistomi associata con la chiusura completa ottenuta da una stringitura circolare che desse pure un peduncolo da fissarsi allo esterno.

Ma la notevole resistenza delle adesioni e la estensione di queste, non che la spiccatissima friabilità della parete dei due cistomi facevano dubitare assai che si potesse mettere, e, messo, mantenere un laccio qualunque su quella parte di tumore, che dovevasi tenere fuori dell'addome.

Mi risolvetti pertanto di cercare appoggio nell'utero che lungo e cilindroideo, senza ovaia, e in donna di 57 anni, non aveva più alcun scopo fisiologico, e pareva naturalmente indicato all'ufficio meccanico di sostegno e di peduncolo.

Adottato codesto piano chirurgico ripulii diligentemente la cavità del tumore mediante lavature e spugne montate, come avrei fatto del peritoneo, poi presa la cisti tutt'ingiro con grosse pinze Péan e Nélaton, passai sotto di queste la catena dello schiacciatoio Schassaignac, portandola oltre l'utero che veniva così compreso nell'ansa stringitrice, circa a livello dell'orificio interno. Lo stringimento della catena venne fatto lentamente, e quando giudicai l'ansa sufficientemente piccola, tagliai a circa due centim., sopra della catena tutto quello che vi stava di tumore con il corpo dell'utero; la superficie del moncone venne ricoperta con cotone al percloruro di ferro, e fatta una minutissima ripulitura del peritoneo, fu chiusa la ferita sopra del peduncolo con 5 punti di seta inglese grossa e tinta in nero con tintura ferruginosa; sotto all'ultimo punto e contro la faccia superiore del peduncolo si mette un grosso tubo a drain di vetro, e poi passato un grosso ago lanceolato da destra a sinistra e in direzione obliqua relativamente alla placca d'appoggio della catena onde fissare con la massima sicurezza il peduncolo, si ricopre il tutto con l'apparecchio Lister: l'operazione aveva durato un'ora e venti minuti.

Andamento consecutivo. — Fu questo dei più semplici e regolari; la temperatura oscillò fra' 37.6 massima e 36.5; il polso da 96 a 62; il respiro da 24 a 18; il grosso peduncolo era completamente sfacellato l'undecimo giorno, e al

tredicesimo si tolse l'ago e la catena; l'infundibulo si deterse assai presto e grazie al rigoglio delle granulazioni che lo rivestivano si andò riempiendo e stringendo per modo che al ventiduesimo giorno era ridotta a un tramite che dava passo al mignolo, e la operata poteva lasciare il letto per qualche ora, e un mese dopo sarebbe stata in grado di lasciare l'Istituto, dove per altro fu tenuta, in vista della rigidezza della stagione, fino al 18 gennaio; e dell'altro sarebbe rimasta, se affari di famiglia non l'avessero chiamata fuori.

Al momento della partenza l'aspetto suo è florido; la cicatrice è solida e infossata; si sente che aderisce con una briglia alla piega di Douglas; il collo dell'utero è mobile ma molto alto; niuna sensazione molesta di stiramento, di noia di peso, di dolore. Stette in Clinica 95 giorni dei quali 54 dopo la operazione.

L'esame microscopico del tumore fatto dal Prof. Baiardi diede il reperto di cistoma proliferante comune.

I cistomi intralegamentosi dell'ovaio, secondo la statistica della clinica ginecologica di Firenze, non sono infrequenti. Sopra 21 ovariotomie per cistomi ovarici praticate dal gennaio 1883 all'aprile 1886, furono incontrati i quattro casi sopra narrati: come abbiamo notato, gli altri due erano del para-ovario. La eziologia topografica di questi è molto chiara: il para-ovario, o corpo di Rosenmüller, residuo, vestigio dei canalicoli del corpo di Wolff, è compreso nel legamento largo, e propriamente nell'ala media, fra l'ovaio e la tromba uterina. Si compone di 15, ovvero 18 canalicoli sottili che terminano inferiormente in una dilatazione sacciforme, e in alto sboccano in un canale unico, perpendicolare alla loro direzione e parallelo alla tromba. Le cisti del paraovario dovranno quindi per necessità, per peccato di origine, essere intralegamentose, almeno per un certo tempo, e per una parte più tardi.

Non è così chiara invece l'eziologia dei cistomi ovarici intralegamentosi. Può avere importanza il punto dell'ovaio, nel quale la degenerazione cistica incomincia; e così dovrà avere maggiore tendenza a svilupparsi fra il legamento largo quel cistoma che prende origine dal margine aderente dell'ovaio, da quello cioè che si continua ed è avvolto dal legamento, nel quale pure (come appare dai preparati di ovaia di puerpere morte a poca distanza dal parto, i quali vi presento) si trovano i tubi epiteliali che darebbero origine alla neoformazione, secondo Valdeyer e Klebs.

Questo però non costituisce causa costante, necessaria dello sviluppo intralegamentoso, e non può essere nemmeno la sola. Lo prova assai bene un fatto osservato nella clinica fiorentina: il 27 novembre 1884 vi cessava di vivere per tubercolosi polmonale certa A. Banchetti, di anni 36, in terza giornata di puerperio. Coll'esplorazione in gravidanza già inoltrata (7° mese) si aveva trovato un

tumore oscuramente fluttuante, che occupava la concavità del sacro, al di dietro e al di sotto del collo uterino, col quale era contiguo, e che per un po' di tempo aveva fatto credere a retroversione di utero gravido. Durante il travaglio del parto, provocato alla metà del nono mese col metodo Krause, il tumore risaliva spontaneamente nel grande bacino, dove lo si osservò poi al tavolo anatomico. Era un cistoma ovarico proliferante clinicamente pauciloculare, grosso come una testa fetale di sei mesi. Nella sua parte più alta, opposta al peduncolo, si vedeva, come adagiato sul tumore, la porzione di ovaio conservatosi apparentemente sano: la degenerazione cistica aveva esordito evidentemente dal margine inferiore, aderente. Pure il cistoma era munito di un peduncolo lungo e non grosso; non era intralegamentoso; ragione per cui durante il travaglio del parto aveva potuto rimontare dallo scavo al di sopra dello stretto superiore, per modo da non opporre il più piccolo ostacolo al compimento di quell'atto fisiologico.

Forse la natura della degenerazione cistica, colloidea dell'ovaio, non ancora bene conosciuta e quindi non abbastanza apprezzabile a questo riguardo, la mobilità del legamento largo, la lassatezza del connettivo interposto fra i foglietti, la resistenza del tessuto ovarico non compreso nella degenerazione, la pressione intra-addominale che tende incessantemente a cacciare quanto si trova nella cavità addominale attraverso aperture naturali già esistenti, come nelle ernie comuni, o attraverso aperture nuove, e che deve lottare per la stessa ragione contro lo sviluppo delle neoformazioni nel suo interno; tutto questo, mi pare, deve giocare qualche influenza nello spingere il tumore addominale in basso, verso la piccola pelvi, fra le pagine del legamento largo.

È quello che avviene regolarmente *(mutatis mutandis)* nella primigestante alla metà del nono mese. Col progredire della gravidanza cresce la pressione intra-addominale finchè per la resistenza delle pareti addominali il segmento inferiore dell'utero e la testa del feto sono costretti a discendere e cercare spazio nello scavo. Orbene la pressione intra-addominale non potrebbe contribuire, date altre circostanze favorevoli, allo sviluppo del cistoma in basso, fra le pagine del legamento, sopratutto quando la degenerazione ha preso origine dal margine aderente dell'ovaio? Ricordiamo che dei tre casi da noi osservati due appartenevano a nullipara, senza pretesa di dare a questo fatto importanza grande.

Dunque, ripeto, l'origine della degeneraztone cistica dell'ovaio dal margine aderente non costituisce causa necessaria ed unica del suo sviluppo intralegamentoso; invece ne è causa necessaria l'origine del cistoma dal para-ovario, come l'origine di un tumore qualunque, di un fibroma ad esempio, dal margine dell'utero.

Stabilire la diagnosi di aderenze del cistoma ovarico più frequente, peduncolato, col peritoneo pelvico, prima della laparotomia non è facile, soventi impossibile: non è più facile, a riconoscersi il cistoma ovarico intralegamentoso,

e stabilirne la diagnosi differenziale col cistoma ovarico ordinario, aderente o meno. Coi mezzi che si posseggono, tranne casi eccezionali, e quando non si voglia ricorrere alla laparotomia esploratrice, sarà molto se si potrà intravedere *con qualche probabilità* la disposizione in discorso, nè credo di errare dicendo che finora i ginecologi, che si incontrarono con cistomi ovarici intralegamentosi, li riconobbero solo al letto operatorio; e che molti sono stati operati e non riconosciuti.

« Le aderenze pelviche, si scrisse, sono facili a diagnosticarsi: mediante l'esplorazione si sente l'ingresso del bacino occupato da masse dure che aderiscono saldamente alle pareti; l'utero è fisso e non si può abbassare neppure con robuste pinze; la vescica e il retto vengono disturbati nella loro funzione. » Il clinico però ripete a sua volta che assai frequentemente la tecnica operativa è resa difficile per aderenze in casi, nei quali coll'esame più accurato ed attento fatto prima dell'operazione tutto appariva semplice e facile, e il cistoma sembrava mobile, libero da ogni aderenza; e che assai frequentemente, con gradita sorpresa, si presentano semplici e facili certe ovariotomie, a torto credute difficili per aderenze, non trovate poi al tavolo operatorio. In tesi generale possiamo dire francamente che non è possibile diagnosticare con certezza la disposizione intralegamentosa dei cistomi ovarici.

« Le diagnostic de ces particularités est souvent bien difficile. (Hegar et Kaltenbach loc. cit. pag. 177). Dans bien des cas le toucher rectal rendra de grands services. Grâce à ce procédé on pourra constater que la tumeur adhère sur une grande étendue aux bords de l'uterus, et reconnaitre qu'elle s'avance jusque dans la fosse iliaque; le doigt éprouve, dans ce cas, la sensation que donnent d'habitude les phlegmons péri-utérins. Mais dans certains cas, il est impossible d'avoir une conception nette des rapports de la tumeur avant l'ouverture de la paroi abdominale. A ce moment seulement, il est possible de décider d'une manière définitive si l'opération est possible. »

In questi casi può tornare utile fare l'esplorazione stando la donna nella posizione genupettorale, more quadrupedum, col bacino alto e il torace basso. La parte inferiore del tumore resiste alla pressione esercitata dal dito esploratore introdotto *in vagina o nel retto:* l'utero si sente fisso, stirato in alto, spostato lateralmente e in avanti o indietro. Questi dati acquistano maggiore importanza se sono ricavati dopo una puntura evacuatrice del cistoma, e concorreranno a rendere *sempreppiù fondato il sospetto* della disposizione intralegamentare del tumore, o di aderenze contratte col peritoneo e coi visceri pelvici, ma niente più. Nè mi pare debbasi interpretare in modo assoluto quanto scrive l'Olshausen (loc. cit. pag. 1104), che cioè quando una cisti è sporgente nel piccolo bacino, e questa porzione è immobile e irreducibile totalmente o parzialmente, *allora la sua aderenza è certa.*

In seguito a laparotomia praticata a scopo diagnostico, o come primo momento dell' atto operativo (l' ovariotomia), la diagnosi della disposizione intralegamentosa non è difficile, sopratutto dopo svuotamento parziale del contenuto cistico, a condizione che la parete del tumore non sia aderente tutto in giro alla faccia interna del peritoneo parietale.

La mano introdotta nella cavità dell' addome, fra il tumore e il peritoneo, e portata in basso, trova che esso è asessile; che la base di impianto sul bacino è regolare, non frastagliata e ineguale per briglie e per aderenze da processo infiammatorio; che la superficie cistica si continua direttamente colla superficie peritoneale, la quale all' ingiro del tumore si ripiega in alto per rivestire le pareti addominali e i visceri contenuti, formando un fornice circolare. Il limite fra la parte estralegamentare della cisti e la intralegamentare è netto, ed è reso molto evidente per le modificazioni prodotte dallo sviluppo del tumore. Cioè i foglietti del legamento largo che lo ricoprono prendono un colore rosso livido, dovuto alla ricchezza vascolare che accompagna la ipertrofia e la iperplasia di tutti gli elementi che compongono il legamento largo, degli elementi che si trovano nel suo spessore e al disotto: il legamento cresciuto di spessore, forma al margine superiore un cercine che circonda e limita il segmento inferiore del tumore. Questo stato di cose, consecutivo alle modificate condizioni di vitalità e di nutrizione di quelle parti, era marcatissimo, come abbiamo detto, nella Paoletti.

I rapporti del tumore colla vescica si possono convenientemente apprezzare mediante il catetere introdotto in vescica e lasciatovi a permanenza durante l'atto operativo; le condizioni di mobilità o fissità dell'utero constatate coll'esplorazione vaginale e combinata, la estensione del tumore posteriormente e la situazione dell' intestino, che si trova sollevato quando il mesenterio è invaso, renderanno conto approssimativo del rapporto con questi visceri.

Fra i pericoli che accompagnano l' ovariotomia, sopratutto nei cistomi intralegamentosi, quello più grave, e nello stesso tempo più ricco di sconforto per parte dell' operatore, è la difficoltà dell' emostasi, che spesso riuscì incompleta anche nelle mani degli ovariotomisti più provetti ed abili. Ciò non parrà strano quando si pensi alla profondità del campo operatorio, nella quale l' occhio penetra difficilmente e non sempre; e alla ricchezza di vasi in quella regione. Non sarà inopportuno ricordare brevemente la loro disposizione là, fra i foglietti del legamento largo, e nel tessuto cellulare sotto-peritoneale e pelvico.

Normalmente il sangue è portato all' ovaia dall' arteria ovarica, od utero-ovarica, la quale nasce dall' aorta o dalla renale, discende a lato della colonna vertebrale al davanti dello psoas e degli ureteri, incrocia lo stretto superiore del bacino, e penetra nello spessore del legamento largo e alla sua parte alta, ra-

sentando il margine aderente dell'ovaio, al quale manda molti rami. Manda altri rami alla tromba.

Indi, continuando il suo percorso dall' esterno all' interno, l' arteria utero-ovarica va a ramificarsi e a terminare nella parte superiore del corpo dell'utero dove si anastomizza colle terminazioni dell'arteria uterina. Questa nasce dall' ipogastrica, si addentra nel legamento largo che attraversa nella parte più bassa, e va a distribuirsi alla vagina (parte superiore), al collo e alla metà inferiore del corpo dell' utero.

La stessa direzione hanno le vene, più numerose delle arterie. Al di sotto dell'ovaio, verso la base del legamento largo formano una rete assai fitta che si mette in rapporto con un plesso venoso, plesso pampiniforme, che dà origine alle vene ovariche, le quali sboccano nella vena cava inferiore o nella vena renale. Dunque all'ovaio il sangue è portato dall'utero-ovarica soltanto. Ma quando per un processo morboso, come nella degenerazione cistica, la vitalità dell' organo e il bisogno di nutrizione cresce, l' arteria utero-ovarica non basta più, e le viene in soccorso la uterina attraverso le loro anastomosi. Queste aumentano di calibro, la corrente sanguigna della uterina prende il sopravvento sopra quella della ovarica nei rami interposti fra l' ovaio e l' utero, e il sangue viene spinto dalla arteria uterina verso l' ovaio. Detti rami per tal modo alterati, assumono l'aspetto di emanazioni non più dell'ovarica, ma della uterina.

Così il sistema di vasi del cistoma ovarico nello spessore del legamento largo viene a formare due gruppi o fasci distinti, e sempreppiù lontani fra loro, man mano che il legamento largo si dispiega sul tumore. Un fascio si trova presso l'estremità esterna del legamento, ed è costituito dall'arteria e dalla vena ovarica; l'altro si trova all'estremità interna, e parte dal margine dell'utero.

Quando il cistoma dispiega solo parzialmente i foglietti del legamento largo, e col segmento inferiore si mantiene lontano dal connettivo sottoperitoneale, il sistema vascolare suo è formato da questi due gruppi soltanto; quando invece divarica completamente i foglietti, e col segmento inferiore si mette in rapporto più o meno esteso ed intimo col cellulare sottoperitoneale e pelvico e col plesso pampiniforme, da questo e dai vasi della regione guadagnata partono rami che si addentrano nel tumore.

È questo il fatto che costituisce il pericolo maggiore, immediato, nell' ovariotomia praticata in tali circostanze, per la difficoltà dell'emostasi, quando quei vasi vengono tagliati o strappati; ed è questo il motivo per cui talvolta sarà prudente o necessario rinunciare all'esportazione totale del tumore.

La tecnica operativa messa in pratica per la cura dei cistomi ovarici intralegamentosi potrebbe essere raggruppata nei cinque metodi seguenti:

1° formazione di peduncolo, unico o segmentato, colla parte di legamento largo sottostante al tumore;

2° enucleazione, o sgusciamento;

3° ovario-isterectomia;

4° drenaggio, addominale e vaginale;

5° escisione del segmento superiore della cisti, e sutura del segmento inferiore coi margini della ferita addominale.

Il primo metodo, la formazione di peduncolo unico o segmentato, colla parte di legamento largo sottostante al tumore, è razionale ed applicabile solo quando il tumore si addentra per poco tratto fra le pagine del legamento, e non invade il connettivo sottoperitoneale; quando si ha un tratto sufficiente di legamento non divaricato anche dal lato dell'utero.

Praticata la laparotomia e svuotata la cisti al modo ordinario, la si estrae dalla cavità addominale, colle mani e con pinze, e si tiene sollevata tirando alquanto su di essa: nello stesso tempo si divaricano le labbra della ferita addominale, e con mezzi convenienti, con flanelle calde, si sposta e si mantiene in alto la matassa intestinale.

Messa così in evidenza la base di impianto del tumore, si trafigge il legamento sottostante e non divaricato verso la metà, con un ago a doppio filo di seta. Tagliata l'ansa del filo, i due fili risultanti si incrociano fra loro, si fanno e si stringono due nodi per modo che l'uno venga a comprendere la metà esterna del legamento, e con essa i vasi ovarici; l'altro la metà interna coi vasi uterini. Si separa la cisti alla maggiore distanza possibile dai nodi, si cauterizza la superficie cruenta del peduncolo col termocauterio del Paquelin, e, se l'emostasi è perfetta, lo si abbandona nel cavo peritoneale per procedere alla sutura della ferita dell'addome.

Volendo segmentare il peduncolo, o per dire meglio, volendo fare della base del legamento largo più peduncoli separati, si potrebbe con un filo passato alla parte esterna del legamento largo, legare questa insieme ai vasi ovarici; quindi con due altri fili legare la parte interna nel modo seguente.

Si fa passare un'ansa di filo nel mezzo del legamento restante; si taglia l'ansa e si allontana l'ago. Con movimenti di sega impressi ai fili così applicati, e con pressione fatta ora dal basso all'alto, ora in senso opposto, si lacerano i tessuti verticalmente, costituendo una bottoniera più o meno estesa. Si fanno i nodi e si stringono per modo che l'uno comprenda la parte media del legamento, e l'altro la parte interna, alla maggiore distanza possibile dalla base del tumore. Dalla separazione del tumore risultano due peduncoli, che si possono abbandonare coll'altro esterno, nella cavità addominale, quando siasi ottenuta l'emostasi perfetta.

Così non si può procedere quando il legamento largo, nella parte non dispiegata, è breve. I nodi si stringono difficilmente, e scivolano dopo la separazione del tumore.

L' Olshausen consiglia allora di lasciare unito al peduncolo una parte di tumore, che si può fissare all' angolo inferiore della ferita, o abbandonare nel cavo peritoneale, dopo applicatovi qualche punto di sutura. Se non che con tale spediente si va incontro a pericoli seri di riproduzione del cistoma, a meno che, trattando il peduncolo col metodo estraperitoneale, si potesse tenere all' esterno tutto il segmento di cisti lasciata aderente.

Quando il legamento largo nella parte non dispiegata è molto breve, e quando pur essendo dispiegate completamente dal tumore, questo si mette in rapporto col tessuto cellulare pelvico per piccolo tratto, e senza contrarre aderenze intime cogli organi circostanti, trova posto conveniente il secondo metodo, l'enucleazione o sgusciamento, attuato per la prima volta dal Miner di Buffalo nel 1869.

Fatta una incisione trasversale sulla faccia anteriore o posteriore del legamento largo, dalla parte che è più accessibile e che rlveste il tumore, si cerca colle dita, con strumenti smussi, col manico di un coltello, ad esempio, di staccare la pagina del legamento dalla superficie del tumore, che viene a poco a poco isolato ed è infine enucleato. Se si lacera qualche vaso grosso, e si ha emorragia, è conveniente di afferrarlo con pinze emostatiche fino a compimento della enucleazione, salvo ad applicarvi qualche laccio dopo l' esportazione del tumore, e quando si creda necessario. Assicurati in tal modo dell' emostasi nei vasi di un certo calibro, si può toccare la superficie della saccoccia pelvica largamente beante con spugne bagnate in acqua Pagliari, per arrestare o prevenire le piccole emorragie a nappa che si possono presentare sulla superficie cruenta; infine si avvicinano e si uniscono i margini della saccoccia con punti di sutura; si lava e si asciuga il peritoneo, e si procede alla sutura addominale colle norme conosciute. Qualche operatore, per abbreviare la durata dell' atto operativo, ha omessa la sutura del sacco pelvico, senza avere avuto perciò un danno qualunque.

Una modificazione notevole, la quale devesi addottare per necessità e mai per elezione, è quella di lasciare aperto all' angolo inferiore la ferita addominale, per l' applicazione di un drenaggio addominale, o addomino-vaginale. A questo proposito il Péan ha attuato un processo speciale, che egli chiama *par suppuration*, al modo seguente: nella separazione del tumore dall'involucro formato al segmento inferiore dal legamento largo applica molte pinze emostatiche sui vasi lacerati; terminata l'enucleazione, fa passare un tubo di drenaggio addomino-vaginale, di cui lascia un capo all' angolo inferiore della ferita addominale, insieme alle pinze emostatiche. Queste vengono tolte successivamente, a distanza sufficiente dall' atto operativo per evitare emorragie: infine è tolto anche il tubo.

La saccoccia lasciata doveva necessariamente suppurare: per isolare la cavità suppurante dal peritoneo, avvolgeva le pinze e il tubo colle pagine frastagliate del legamento largo.

Per lo stesso scopo Hegar in qualche caso ha circondato la saccoccia pelvica, e le pinze emostatiche applicatevi dentro con striscie di seta protettiva.

Il Professore Chiara, seguendo i precetti dati dal ginecologo di Berlino per le aderenze cistiche estese al peritoneo parietale e viscerale, ha praticata l'enucleazione in un modo particolare. Invece di incidere il legamento, e di staccare a piccoli tratti il tumore dall'involucro legamentoso, consigliato dal caso a terminare in fretta l'atto operativo, con una mano introdotta nella cavità della cisti, ne afferrava il fondo, e tirando dolcemente e in modo continuo, riusciva ad estrarla rivoltata.

L'Olshausen accenna come possibile la enucleazione del tumore, invece che dalla faccia interna del legamento, dalle lamelle più esterne e dure della parete stessa del tumore (loc. cit. pag. 1240): anch'egli però è d'accordo nell'ammettere che il processo di enucleazione è pericoloso per la difficoltà di arrestare l'emorragia del momento o secondaria, la quale talvolta necessita il drenaggio; e per la difficoltà di mantenere asettica la profonda cavità pelvica. Consiglia perciò di non ricorrere alla enucleazione se non nel caso di necessità. Hegar e Kaltenbach (loc. cit. pag. 207) aggiungono che questo processo non deve dare buoni risultati se non quando il tumore è poco sviluppato nell'interno del legamento.

Se è sviluppato per largo tratto nell'interno del legamento, ed ha contratto aderenze molto solide col tessuto cellulare del bacino e coll'utero, se questo ha collo lungo ed è mobile, l'esperienza ha mostrato che è conveniente la ovario-isterectomia, cioè l'ovariotomia e la contemporanea amputazione sopra-vaginale dell'utero. Questo metodo concede un peduncolo, sul quale si può fare una buona costrizione: con un nodo a filo di seta alla parte esterna del legamento si assicura l'emostasi della ovarica; il cellulare pelvico, il plesso pampiniforme non sono menomamente toccati. Ancor quando l'altro ovaio sia sano è bene di esportarlo col resto: così l'operazione non viene per nulla aggravata, e si sopprimono i fenomeni della funzione ovarica e la possibilità di gravidanza estrauterina; ciò che avvenne nel caso di Koeberle.

Un rimprovero serio si può fare a tale pratica, ed è che lasciando inevitabilmente una parte di cisti col peduncolo, si ha il pericolo di riproduzione: si aggiunga che l'atto operativo acquista gravità per l'amputazione sopravaginale dell'utero, gravità che non è ancora minimata dai progressi della tecnica operatoria.

Sembra dimostrato che nell'amputazione sopravaginale dell'utero è conveniente fissare il peduncolo al difuori, nell'angolo inferiore della ferita addomi-

nale, e questo sia perchè esso peduncolo è grosso e ricco di vasi voluminosi, che costituiscono un pericolo grave di emorragia secondaria; sia perchè nel trattamento intraperitoneale si stabilisce una comunicazione fra la cavità peritoneale e la vagina, attraverso il canale cervicale, per il quale si può diffondere un processo di infezione al peritoneo. Nè il pericolo sarebbe evitato assolutamente suturando il moncone uterino secondo il metodo Schroeder, che consiste nel fare l'amputazione conica della porzione sopravaginale, e nel riunire con punti di sutura le pareti della cavità imbutiforme che ne risulta sul moncone, avendo cura di affrontare i margini del peritoneo dal lato della faccia interna. Le condizioni che possono imporre il trattamento intraperitoneale del peduncolo, nell'isterotomia semplice sono (Pozzi, *Gazette medicale de Paris*, gennaio 1886): la sua brevità e la inestensibilità, che rendono impossibile o pericolosa la fissazione all'angolo inferiore della ferita addominale: ma nell'isterotomia praticata per lo scopo in discorso, come complemento dell'ovariotomia, a meno che l'utero per eccezione presenti alterazioni e indicazioni speciali, quelle condizioni non si troveranno mai, e si deve quindi ricorrere sempre al trattamento estraperitoneale: altrimenti andrebbe fallito anche lo scopo dell'isterectomia. Infatti non si pratica quella grave mutilazione per esportare qualche centimetro in più di parete cistica aderente all'utero (il vantaggio non troverebbe compenso adeguato al pericolo, sopratutto se si pensa che una parte di parete della cisti deve pur sempre lasciarsi nella profondità dello spazio intralegamentoso); ma piuttosto per avere un peduncolo resistente che si possa fissare con sicurezza all'angolo inferiore della ferita addominale, e che permetta un'emostasi perfetta e duratura.

Soltanto un errore potrebbe giustificare la pratica del trattamento intraperitoneale; l'amputazione dell'utero troppo in basso e l'eccessiva brevità del moncone risultante.

Tutto questo è in disaccordo con quanto scrive l'Olshausen a pag. 1245 (loc. cit.) « generalmente rigetterei il trattamento estraperitoneale anche per la cervice dell'utero, come lo sconsigliai per il peduncolo del tumore. Questo trattamento rende per lo meno molto difficile e nella maggior parte dei casi illusorio il processo strettamente antisettico. Si può sempre concedere che nella semplice isterotomia a cagione di miomi spesso la cosa più sicura può essere quella di fissare all'esterno la cervice forse molto ispessita. All'incontro con un utero del resto normale, il quale è estirpato soltanto a cagione dell'intima connessione con un tumore ovarico, col trattamento intraperitoneale si potrà essere sufficientemente sicuri contro l'emorragia, prescindendo dal fatto che in molti casi è affatto impossibile condurre la cervice fin nella ferita delle pareti addominali. »

Semplice e di applicazione relativamente facile è il metodo del drenaggio vaginale, addominale, o combinato (vagino-addominale). L'operatore si propone con questo di mantenere aperta la cavità cistica, stata incisa e svuotata per quanto è possibile, dal lato della vagina, o della parete addominale, o da tutte e due le parti, mediante un tubo di drenaggio passato e mantenuto attraverso l'incisione unica o doppia. A poco a poco la cavità cistica si restringe, le pareti si raggrinzano, e sono distrutte ed eliminate per processo di suppurazione. Ma questo metodo è troppo incerto e pericoloso: la riproduzione del tumore dev'essere la regola: dev'essere temibile la infezione purulenta e l'esaurimento per la durata del processo, per la grandezza della cavità suppurante; nè minori debbono essere i pericoli di peritonite settica per passaggio di materiali settici dalla cavità suppurante nel peritoneo, se la parete cistica non aderisce completamente alla parete addominale. È appunto in questo caso soltanto, e quando le estese aderenze sono resistenti, che il drenaggio può essere preferito vantaggiosamente.

Nel trattamento dei cistomi ovarici *molto* intralegamentosi lo Schroeder ha cercato di trarre profitto da questo metodo combinandolo con un processo che porta il suo nome e che è detto anche processo di escisione parziale. Lo addotta e lo propone pei casi di aderenza intima con l'utero, con la vescica, col retto, coi grossi vasi iliaci, nello spessore e al disotto del legamento largo; nei casi cioè nei quali l'estensione e la resistenza delle aderenze cogli organi pelvici non permettono la esportazione completa del tumore.

Praticata la laparotomia, incisa e svuotata la cisti, colla mano introdotta nella sua cavità se ne gratta la superficie e se ne rompono le cisti figlie, o sorelle minori, per quanto è possibile. Estratto in parte il tumore, se ne escide quanto si può ed è prudente, e si sutura il margine del segmento inferiore lasciato coi margini della ferita addominale. Se il margine del segmento della cisti è più esteso del margine della ferita addominale, arrivato colla sutura all'angolo superiore della ferita, si fa una piega sulla porzione eccedente, e se ne suturano i foglietti per modo che il lembo sporga verso il centro della cavità cistica. Lo Schroeder passa un tubo di drenaggio addomino-vaginale: il Prof. Chiara si limita al drenaggio addominale. Per i particolari del processo, e per il trattamento del sacco cistico, richiamo a quanto si è detto riguardo la Domenica Paoletti (operazione I). In tal modo lo Schroeder ha minimato i pericoli e gli inconvenienti del drenaggio semplice, vaginale, addominale, o vagino-addominale; ma non li ha evitati completamente. L'applicazione del suo metodo richiede molto tempo, sopratutto per la sutura: rende necessaria una o più medicazioni giornaliere, e una lunga degenza della paziente in letto; nè mette al sicuro di recidiva, per quanta cura si abbia di distruggere nelle medicazioni giornaliere le proliferazioni cistiche, che possono mostrarsi alla superficie della

cavità suppurante. Questo abbiamo constatato anche noi nel reperto necroscopico della Paoletti.

Tanto che lo Schroeder stesso in una seduta della Società ginecologica di Berlino (*Zeitschrift für geburtshulfe und Gynacologie*, *ecc.* 1884, pag. 257. Lavoro sopracitato del A. Rheinstaedter) dichiarò assai incerto il suo metodo, perchè si era persuaso della veduta di Olshausen *sulla facilità recidivale* dei cistomi ovarici intralegamentosi, la quale aveva avuto in quasi tutti i casi da lui operati, in alcuno dei quali ha poi dovuto ripetere l'operazione. Per scemare la gravità di questa asserzione il Rheinstaedter fa la storia di sette ovariotomie da lui praticate con questo metodo, e non seguite da recidiva. (La prima ovariotomia era stata da lui fatta tre anni e mezzo prima, dalla data del suo lavoro (1884): l'ultima un anno e mezzo prima). « Per cui, egli scrive, benchè il tempo trascorso dall'operazione sia breve, mi credo autorizzato a ritenere come necessaria la sutura della base del tumore colla ferita addominale nei casi di tumori a base molto larga, e in quelli con aderenze troppo solide e numerose nel bacino; e sarebbe da lamentarsi che questo metodo di operazione cadesse in dimenticanza. Forse alcune malate che soccombettero dopo l'estirpazione totale forzata si sarebbero salvate col metodo della sutura del sacco. »

Da quanto abbiamo detto appare che ciascuno dei cinque metodi ha dei vantaggi e degli inconvenienti, e che ciascuno ha nei vari casi la indicazione propria: che si possono combinare fra loro, ma non si possono sostituire.

Segnano il cardine, intorno al quale si aggira la tecnica operativa dei cistomi intralegamentosi dell' ovaio, lasciando al clinico quella libertà di azione e di modificazioni che saranno indicate dalle condizioni particolari di ciascun caso, le quali non mancano mai, e sono talvolta così spiccate da dare alla tecnica un indirizzo di molto lontano dalla via maestra, e un'impronta tutta speciale. Appunto nella saggia scelta del metodo e nella pronta e conveniente applicazione delle modificazioni richieste dal caso pratico si può ripetere all' operatore: *Qui si parrà la tua nobilitate.*

Fra i particolari notevoli dei casi soprariportati meritano speciale menzione due: 1° in due donne l'operazione è stata praticata nel corso di peritonite (nella vecchia Paoletti e nella Vormigli): 2° una operata, la Cavacciocchi, moriva più di un anno dopo l'atto operativo per carcinoma diffuso dello stomaco, del fegato, della milza e del peritoneo, mentre la cicatrice addominale e quella risultante alla fossa iliaca interna di destra, in corrispondenza della base del legamento largo, i cui margini erano stati suturati dopo l'enucleazione del cistoma, si erano mantenute perfettamente sane, non invase dalla neoformazione maligna.

L'indicazione dell'intervento chirurgico nei casi di infiammazione e di suppurazione della parete interna della cisti e di peritonite, associate o no fra loro,

è ormai indiscussa. I risultati di cui si è arricchita la clinica negli ultimi anni provano che anche quando la malata versa nelle più gravi condizioni, l'operazione radicale può essere la sola via di scampo da morte non lontana.

Dalla storia dei casi da noi sopra narrati risulta che la povera Vormigli si era accorta della durezza e della intumescenza al ventre in seguito alle turbe dolorose manifestatesi alla regione addominale, nella fossa iliaca destra, un mese circa dopo l'aborto, e ricomparse più tardi, a distanza di due mesi.

Nella scarsità di notizie anamnestiche a suo riguardo è impossibile lo stabilire l'epoca in cui ha esordito il tumore, e non è facile il determinare con precisione la causa della sua infiammazione, seguita da suppurazione e da peritonite.

Ma restando pure nel campo ipotetico parrebbe razionale l'ammettere che il cistoma abbia preesistito, accompagnato l'ultima gravidanza; abbia preso parte alla sua interruzione, e ne abbia avuto in compenso l'inizio del processo infiammatorio; fatto già osservato non rarissimamente in casi consimili, nel puerperio di parti abortivi.

Il problema si presenta di soluzione molto facile nella Paoletti, nè crederei di esagerare in assolutismo affermando che in essa la peritonite ha esordito certamente *dopo* e *per* la puntura parzialmente evacuatrice fatta due giorni prima dell'ovariotomia. Lo provano il quadro clinico e le condizioni anatomo-patologiche constatate sul letto di operazione. Questo è l'inconveniente più grave della puntura esploratrice od evacuatrice, il quale, ripetono i ginecologi, può e deve essere sempre evitato seguendo con rigore il metodo asettico ed antisettico. Esso, in altri termini, è il prodotto di infezione settica, che l'operatore o gli assistenti, o i mezzi di operazione, trasmettono direttamente alla malata: è sempre figlio di un errore, del quale l'operatore è responsabile.

Ad avvalorare tale deduzione stanno i fatti clinici: dacchè le norme asettiche e antisettiche predominano l'indirizzo clinico, nell'istituto ostetrico-ginecologico fiorentino (dove metodicamente da qualche anno a questa parte viene praticata la puntura esploratrice e parzialmente evacuatrice dei cistomi, prima di procedere alla loro cura radicale, e dove la puntura esploratrice od evacuatrice attraverso il peritoneo è usata con molta frequenza, per non dire ogni giorno e nelle condizioni più disparate) è stata questa la prima volta che si constatò tale accidente, che per avventura è finito per la meglio.

Eppure nemmeno in questo caso venne dimenticato il rigore solito e lo scrupolo al metodo asettico; arroventamento della cannula previamente pulita, e poscia immersa in soluzione fenicata al 10 %; nettezza e disinfezione dell'area addominale; la pulizia più accurata, ben inteso, delle mani dell'operatore. L'atto operativo era praticato nella nebbia fenica; il vuoto nell'apparecchio era stato

fatto in antecedenza. Subito dopo l'estrazione della cannula si copriva l'apertura con una listerella di cerotto: infine fasciatura leggermente compressiva....

Confessiamo, Signori, che vi hanno particolari e circostanze che ancora sfuggono alla clinica, e che noi nell'impotenza di esplicare, di determinare, e di prevenire, chiamiamo eccezionali; e confessiamo francamente e protestiamo che il giorno in cui dovrà chiamarsi inesorabilmente responsabile il chirurgo di fronte a siffatti risultati *pur troppo* è ancora da venire. Questo dico da una Clinica che ha ragione di essere orgogliosa dei risultati che ottiene continuamente nelle operazioni della più alta chirurgia e che possiede una delle più confortanti statistiche in fatto di ostetricia e di ginecologia.

Il reperto necroscopico della Cavacciocchi ha interesse nella questione « della contusione e della infiammazione come causa predisponente allo sviluppo di neoformazioni maligne nella località irritata; e nella questione della degenerazione dei tumori benigni in genere, dei cistomi ovarici in specie, o del loro peduncolo, in sarcomi e cistosarcomi, in epiteliomi, data la predisposizione individuale e dietro l'impulso del trauma operativo.

L'importanza della questione è grande; chè se così fosse, e se realmente l'ovariotomia potesse essere causa occasionale di neoformazioni maligne, essa potrebbe forse avere in questo una frequente e valida controindicazione.

La eziologia dei tnmori e del cancro in specie è ancora molto oscura, e basterebbe a dimostrarlo la quantità di teorie che si sono succedute e si succedono tutt'ora; così, la teoria nervosa, quella della spontaneità, la discrasica, quella dell'erpetismo; la predisposizione e la teoria infiammatoria, cioè la teoria dell'irritazione; quella dell'inclusione, la embrionaria, e infine la teoria parassitaria, la quale era inevitabile ai nostri giorni (Ledoux Lebard. — *Archives de medicine, 1885*).

La teoria più in favore, perchè pare soddisfi alla spiegazione di un numero maggiore di fatti, quella che sembra la più vera, ammesso che la verità possa avere dei gradi, è la embrionaria di Conheim.

« In passato, scrive il Tommasi-Crudeli (*Istituzioni di anatomia patologica*, Vol. II, pag. 290, anno 1882), si è data una grande importanza alle irritazioni locali di natura meccanica, fisica o chimica, ritenendole quali cause prime dello sviluppo dei tumori..... Anche in quei casi nei quali è riconoscibile l'intervento di queste irritazioni locali nella produzione della nuova formazione patologica, esse non hanno che una parte più o meno rilevante nel provocare la manifestazione di una predisposizione locale, la quale costituisce la vera causa della malattia..... Molti avvenimenti patologici inducono a credere che questa predisposizione sia costituita da alcune abnormità del primitivo assetto organico del corpo, le quali mantengono nell'interno del medesimo dei germi embrionali

di varia natura..... Ammessa la esistenza di una tale predisposizione, bisogna neccessariamente ammettere che gli elementi di questi persistenti gruppi embrionali vivano lungamente in uno stato di ibernazione, finchè una circostanza qualunque non modifica il mezzo nel quale si trovano, per modo da permettere loro di spiegare tutte le attività formative che fino allora erano rimaste latenti ».

Il Nicaise, in una nota pubblicata lo scorso settembre nella *Revue di chirurgie*, fa osservare, che se certi fatti sembrano favorevoli alla teoria del Conheim, altri le sono contrari; e illustra due casi clinici nei quali apparirebbe assai evidente « l'influence que peuvent avoir des traumatismes répétes au une irritation quelqonque sur la localisation d'un cancer secondaire ».

Le condizioni trovate nella Cavacciocchi depongono in modo contrario: qui si aveva cancro dello stomaco, del fegato, della milza e diffuso del peritoneo, non in corrispondenza della cicatrice addominale e della base del legamento largo, dove l'irritazione era esistita neccessariamente e per un tempo non breve.

Il fatto acquista ancora importanza maggiore nella seconda questione accennata, in quella della possibile degenerazione dei cistomi ovarici in epiteliomi (maligni) in cistosarcomi; date certe condizioni..., e mi spiego. Istologicamente considerati, i cistomi ovarici sono tumori epiteliali.

« Egli è probabile (Siegler, *Trattato di anatomia patologica generale e speciale*. Jena 1885, pag. 1491), che la neoformazione prenda origine da quei tubi epiteliali e da quei cordoni cellulari (Valdeyer e Klebs), i quali dall'epitelio germinativo della superficie dell'ovaio si affondano nello spessore dello stroma ovarico, e formano più tardi gli elementi epiteliali dei follicoli. Non è però escluso che si sviluppi anche da follicoli formati..... Se prende origine dai tubi epiteliali del Pfluger si deve ammettere che questi tubi si sviluppano anche in un'epoca avanzata, oppure che in date circostanze l'epitelio dei follicoli si mantenga qua e là ad un grado di sviluppo primitivo ».

Orbene, dicono gli uni, ammesso che la costituzione anatomica dei cistomi ovarici non è diversa da quella degli epiteliomi, intesi nel senso comune della parola, non si può ammettere che quelli, cambiando decorso, allorchè sono irritati nel tentativo di cura radicale, possono assumere il carattere di malignità proprio degli epiteliomi comuni?

Ed in prova di questo si riporta qualche caso di epitelioma, di cistosarcoma sviluppatosi sopra i residui di un cistoma, sopra il peduncolo ovarico.

La teoria embrionaria si presta bene anche alla spiegazione di questi fatti.

La distinzione clinica fra tumori benigni e maligni non è fondata sulla costituzione istologica, che avrebbe per punto di partenza un tessuto embrionario normale; ma sulla proprietà di propagazione, di invasione più o meno rapida degli elementi del tumore nei tessuti circostanti.

Questa proprietà si può mostrare o per cresciuta energia di vitalità e di accrescimento della neoformazione, o per diminuita resistenza del tessuto connettivo circostante; come avviene per esempio nella vecchiaia, o in seguito a contusione, ad infiammazione, o per una predisposizione speciale.

Il caso nostro non milita in favore di questa ipotesi: nella Cavacciocchi esisteva il cistoma sviluppantesi dai residui del grande tumore enucleato; non mancava in quella donna la predisposizione, nè la irritazione locale dell'atto operativo e del processo di riparazione; frattanto il cistoma aveva conservato il suo carattere primitivo di benignità.

In questi ultimi giorni la questione ha preso importanza nuova, con deduzioni cliniche diverse dalle sopracitate, dai lavori di Ernst Cohn (*sur les tumeurs malignes de l'ovaire, considérées au point de vue clinique, d'après cent cas observés a la clinique de Berlin.* Zeitschrift f. Geburtssch. u. Gynak., t. XXII, c. 1°, p. 15, 1886), e di G. Poupinel (*de la généralisation des Kystes et tumeurs épithéliales de l'ovaire.* — Thèse de Paris, 1886).

Il Cohn prendendo in considerazione 600 casi di tumori dell'ovaio operati dallo Schroeder, di cui 100 erano di natura maligna, conferma l'idea della possibile e non rara degenerazione dei tumori ovarici nelle conclusioni seguenti:

1° Il fatto che un sesto e più dei tumori dell'ovaio sono maligni, o hanno una grande tendenza a diventare maligni, e che, d'altra parte, non sappiamo quando le cisti comincino a diventare maligni, ci permette di asserire che bisogna esportare al più presto possibile i tumori proliferanti dell'ovario. L'attendere non fa che compromettere il successo.

2° Tutte le volte adunque che si riconosce un tumore dell'ovaio, e che lo si può distinguere dall'idrope semplice del follicolo e dalla cisti del paraovario, si è autorizzati a considerarlo come un tumore proliferante, sopratutto se è doppio, e a praticare l'ovariotomia al più presto possibile, senza tener conto del volume e della specie del tumore.

Il Poupinel soggiunge: « La divisione delle cisti ovariche in cisti degenerate in cancro, in cisti vegetanti, e in cisti semplici benigne, mi pare inutile. Perchè parlare di degenerazione cancerosa di un tumore che per la natura sua epiteliale dev'essere collocato fra i cancri (nel senso clinico della parola)?

Mi pare molto più semplice e soddisfacente il considerare tutte le cisti ovariche come tumori maligni, tenuto conto della loro natura epiteliale. Se la neoformazione è più attiva, ci troviamo di fronte a cisti moltiloculari, a tumori cistici, a cisti vegetanti o a produzioni di natura adenoide o carcinoide, a seconda che l'attività dello stroma del tumore vince o meno quella degli elementi epi-

teliali. Ma la attività debole dei tumori pauciloculari, delle cisti semplici (Baumgarten, Winckel, Schlegtendal, Ollschewsky) si può trasformare improvvisamente e un tumore benigno da lungo tempo, farsi rapidamente mortale.

C. Cohn considerando i papillomi dell'ovaio come tumori maligni, o suscettibili di addivenirlo, consiglia di esportarli appena fattane la diagnosi. Noi arriviamo ad una conclusione più radicale. Considerando tutti gli epiteliomi mucoidi (Malassez) dell'ovaio (cisti semplici, papillomi, ecc.) come tumori maligni, noi ci dichiariamo partigiani della estirpazione più pronta possibile.

Da quanto abbiamo detto si possono dedurre le seguenti conclusioni:

1° L'anatomia patologica non possedeva nozioni alquanto precise intorno ai cistomi ovarici intralegamentosi prima del 1876 (Kaltenbach), e la ginecologia operativa ha preceduto di pochi anni l'anatomia patologica, perchè nel 1869 il Miner di Bufalo eseguiva la prima ovariotomia per cistoma intralegamentoso.

2° La letteratura e la clinica italiana sono molto povere a questo riguardo: i casi riconosciuti al tavolo operatorio e pervenuti a conoscenza si riducono ai quattro esservati nella clinica fiorentina, e a quello operato dal professore Negri.

3° I cistomi intralegamentosi dell'ovaio, secondo la statistica della clinica ginecologica di Firenze, non sono infrequenti: furono incontrati 4 casi sopra 21 ovariotomie praticate dal gennaio 1883 all'aprile 1886.

4° L'eziologia topografica dei cistomi ovarici intralegamentosi è oscura e dev' essere complessa.

5° Non è possibile diagnosticare con certezza la disposizione intralegamentosa dei cistomi ovarici prima della laparotomia: finora i ginecologi la riconobbero soltanto al letto operatorio.

6° Le difficoltà dell'emostasi costituiscono il pericolo maggiore, immediato dell'ovariotomia in tali circostanze, e dipendono dalla profondità in cui si trova il campo di operazione, e dalla ricchezza di vasi in quella regione, fra le pagine del legamento largo, nel connettivo sottoperitoneale e pelvico. Per questo talvolta sarà prudente o necessario rinunciare all'esportazione totale del tumore.

7° La tecnica operativa messa in pratica per la cura dei cistomi ovarici intralegamentosi potrebbe essere raggruppata nei cinque metodi seguenti:

I. formazione di peduncolo, unico o segmentato, colla parte di legamento largo sottostante al tumore;

II. enucleazione o sgusciamento;

III. ovario-isterectomia;

IV. drenaggio, addominale e vaginale;

V. escisione del segmento superiore della cisti, e sutura del segmento inferiore coi margini della ferita addominale.

8° Ciascuno dei cinque metodi ha i suoi vantaggi e i suoi inconvenienti, e ciascuno ha l'indicazione sua propria: essi possono combinarsi fra loro, ma non sostituirsi impunemente.

9° L'indicazione dell'intervento chirurgico nei casi di infiammazione e di suppurazione della parete interna della cisti, e di peritonite, associate o no fra loro, è oramai indiscussa.

10° La eziologia dei tumori in genere, e del cancro in specie, è ancora molto scura.

R. ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI FIRENZE
diretto dal Prof. Cav. **DOMENICO CHIARA**

SCLEROSI SIFILITICA UTERINA
COME CAUSA DI DISTOCIA

Comunicazione alla Società Italiana di ostetricia, ginecologia e pediatria

FATTA

dal Dottor EMILIO FASOLA
Libero docente di ostetricia ed aiuto professore

Seduta del 20 aprile 1886.

Signori!

Vi presento qualche preparato di utero a termine di gravidanza e gravemente alterato nella struttura per il processo sifilitico, che gli studiosi hanno designato col nome di sclerosi sifilitica. Come ebbi occasione di osservare in una nota pubblicata negli *Annali di ostetricia, ginecologia e pediatria* del 1884, lo studio di siffatta lesione è recente, e fu iniziato presso noi nel 1873 dalla Scuola di ostetricia milanese diretta dal Prof. Chiara, per opera del Dottore assistente Chiarleoni, ora Professore nella Scuola ostetrica di Vercelli.

L'utero da cui sono tolti questi preparati fornisce il primo caso di osservazione microscopica completa in siffatte circostanze, perchè finora l'esame della sclerosi sifilitica uterina fu limitato a piccoli pezzi di tessuto presi dal vivo come nell'una delle osservazioni da me raccolte e pubblicate nella *Clinica fiorentina.*

La donna che presenta la triste primizia, entrava nella clinica di Firenze il 13 marzo 1885. Aveva 26 anni, era di alta statura e di forme prestanti: non aveva sofferto malattia di rilievo nell'infanzia.

Ebbe la prima mestruazione a 12 anni, e in tutto regolari le mestruazioni

successive, interrotte nel corso di due gravidanze, seguite da parto a termine e da puerperio regolare.

Contrasse l'infezione sifilitica dopo l'ultimo parto, verso il marzo 1884.

Ultimamente, il 13 marzo 1885, ricoverava alla Maternità perchè, gravida presso il termine di gravidanza, quattro giorni prima aveva avvertito lo scolo di liquido ammiotico e qualche dolore da contrazioni uterine. Le condizioni generali erano buone; l'utero duro, permanentemente contratto, rendeva inutile la palpazione addominale: non si sentiva il battito cardiaco fetale.

Sani i genitali esterni; l'ostio vulvo-vaginale dilatabile, vagina liscia, collo dell'utero non completamente scomparso, duro, come fibroso; l'orificio esterno difficilmente permeabile: a tre o quattro centimetri al disopra dell'orificio si sente un cingolo duro, spesso, che si oppone alla discesa della presentazione, che non si riesce a riconoscere con sicurezza, e che si sospetta di spalla.

Dopo un bagno tiepido, una irrigazione vaginale generosa, e una iniezione ipodermica di morfina, la donna passava bene il resto della giornata e la notte seguente, e i dolori uterini non comparivano più fino al mattino del 19. In quel frattempo si era cercato invano e ripetutamente di cambiare con manovre esterne e combinate la presentazione stata riconosciuta di spalla.

Il mattino del 19 la donna aveva

T. 38°,7 — P. 100 — R. 32;

colavano dai genitali poche mucosità sanguigne fetenti: il collo dell'utero scomparso, dilatato di un ctm.: il margine spesso, duro, resistente: la presentazione è sempre di spalla. Viene fatta una irrigazione vaginale con soluzione al deutocloruro, e viene introdotta una grossa sonda elastica nell'utero.

Pochi dolori fino al mattino seguente in cui si ha:

T. 38°,8 — P. 120 — R. 38.

La partoriente è agitata, e si lamenta di dolori uterini continui: l'utero è sempre contratto permanentemente: scolo muco-sanguigno fetente dai genitali, collo dilatato di 3 cm. a margini spessi e duri: spesso e resistente anche il segmento inferiore dell'utero.

Il feto si presenta per la spalla destra, col dorso rivolto anteriormente: si hanno segni manifesti di putrefazione.

Lo stato delle cose imponeva la pronta estrazione del feto, per la quale il Prof. Chiara prevedeva non poche difficoltà; e dopo qualche momento di esitazione nella scelta della via, o per l'addome col taglio cesareo, o per il

canale genitale, coll'embriotomia, il professore si decideva per l'ultima, che mi incaricava di seguire.

Cloroformizzata la donna, e introdotta la mano sinistra in vagina, mentre un assistente tiene fisso il fondo uterino, penetro con due dita nel collo, che viene sbrigliato con sei o sette incisioni date ai lati con le forbici. Quindi sulla guida della stessa mano portato un uncino acuto contro la parete addominale del feto, si riesce ad impiantarvelo profondamente e a penetrare nel cavo peritoneale che, con manovra paziente e non breve, si riesce a svuotare della visceralia. Si cerca poi di uncinare il podice nello intendimento di produrre la versione podalica, ma inutilmente. Nei ripetuti tentativi si fa procidente il braccio destro: fissato questo con leggere trazioni, si riesce ad uncinare il collo del feto coll'uncino del Braun, a produrre la decollazione, coadiuvando l'azione dell'uncino decollatore con qualche incisione fatta colle forbici dell'Asdrubali.

Le energiche trazioni praticate in seguito sul braccio procidente per estrarre il tronco, neutralizzate dalla resistenza opposta dal segmento inferiore dell'utero, producono lo strappo dell'arto. Si tenta poi, senza vantaggio, di uncinare e di tirare sul tronco, e la prova fallisce nelle mani di altri due operatori che si sostituiscono, concedendomi un po' di riposo.

In tali condizioni il Prof. Chiara mi consiglia di praticare nuove incisioni sul collo per penetrare colla mano nell'utero e afferrare un piede; l'ordine è eseguito e riesco a compiere l'estrazione del tronco colla versione.

Non fu poi difficile estrarre la testa uncinando la mandibola coll' uncino acuto.

Pochi minuti dopo si effettuava il secondamento in modo naturale.

L'operazione aveva durato più di due ore, e a più riprese si aveva dovuto sospendere la cloroformizzazione della paziente per segni di grave sofferenza con minaccia di asfissia: dopo l'operazione, accompagnata da emorragia non leggera, e tanto complessa (sbrigliamento del collo, eviscerazione, tentatativi non riusciti di versione podalica coll'uncino acuto, decollazione coll'uncino del Braun e colle forbici, versione ed estrazione manuale del tronco, estrazione della testa coll'uncino acuto), dopo tutto questo la povera donna si mostrava in stato di profondo collasso, da cui non potè più riaversi, e cessava di vivere poche ore dopo.

Compenso non adeguato al lavoro lungo e faticoso richiesto dall'atto operativo nelle condizioni particolari, e di poco conforto all'operatore.

Nell'illustrare il caso davanti la scolaresca il Prof. Chiara si rimproverò più volte di non aver preferito il taglio cesareo all'embriotomia, nonostante la morte del feto. « La via addominale, soggiungeva egli, avrebbe potuto dare un esito meno funesto, e certamente più brillante, ma.... *del consiglio di poi son piene le fossa.* »

Il feto, senza la visceralia addominale e qualche brandello di tessuto strappato qua e là, pesava grm. 2720; era alterato per iniziato processo di putrefazione. Gli annessi pesavano 560 grammi; il tessuto placentale di colorito giallognolo, era molle e friabile.

All'autopsia fatta nell' Istituto anatomo-patologico, non si trovò nulla di particolare nella povera donna al di fuori dell'apparato genitale.

Si osservano lacerazioni non estese all'ostio vulvo-vaginale, e qualche abrasione lungo la vagina: nel fornice di sinistra una lacerazione profonda che si prolunga sul collo uterino e sul segmento inferiore dell' utero, fino a poca distanza dal peritoneo. L'utero, esportato cogli annessi, legamenti larghi, ovaia e tromba uterina, pesa grm. 1218: l'orificio del collo è frastagliato per numerose incisioni, e a sinistra presenta la lacerazione sopracitata. Nulla di notevole alla superficie esterna: aperta la cavità con una incisione longitudinale e mediana della parete anteriore, vi si osserva a 3 o 4 ctm. al disopra dell'orificio del collo, nella regione che corrisponderebbe approssimativamente all'anello del Bandll, un rialzo circolare formato da tessuto straordinariamente duro, come cartilagineo che si protende in alto, nel corpo uterino, in modo irregolare.

La durezza straordinaria del tessuto che forma questo cercine, lo fa distinguere facilmente dal resto del tessuto uterino che pare macroscopicamente conservato in condizioni normali; nel terzo superiore cioè e nell' area placentale situata sul fondo e al lato destro.

La misurazione dell'utero fatta dopo che questo ha soggiornato lungamente in alcool del commercio dà:

Diametro verticale	ctm.	22
» trasversale	»	16
Spessore della parete al fondo .	»	1,5
Id. al terzo medio	»	2
Id. al seg. inferiore, sul margine inferiore del cercine duro . .	»	2,7

L'ovaio destro pesa grm. 7, e il sinistro grm. 6.

L'esame al microscopio dà il risultato seguente:

In una sezione del segmento inferiore, a livello del cercine fibroso, si vede che il tessuto fibro-muscolare qua e là è sostituito completamente da tessuto connettivo fibroso, compatto, sclerosato, come quello di fibromi duri: in altri punti appare ancora qualche fibro-cellula muscolare atrofizzata, in mezzo al tessuto connettivo.

La sclerosi è marcata soprattuto nel mezzo dello spessore della parete ute-

rina: più all'esterno e più all'interno di questa si trova una forte infiltrazione di cellule connettive che prendono il sopravvento sopra le fibre connettive e muscolari. Nei punti maggiormente infiltrati le fibre muscolari sono sottili per atrofia da compressione; vanno ingrossando gradatamente nei punti in cui l'infiltrazione è minore.

Nella parte più sclerosata i vasi sanguigni sono completamente, o quasi completamente obliterati per ispessimento della tonaca interna e della tonaca media.

In sezioni praticate nel limite fra la parte sclerosata e quella apparentemente sana si vede una infiltrazione abbondante di connettivo interstiziale, con prevalenza di cellule linfoidi sopra le fibre. Essa infiltrazione è irregolarmente distribuita, e più abbondante laddove esistono sepimenti di connettivo fibroso un po' grossi.

Le fibro-cellule muscolari sono leggermente atrofiche nei punti dove l'infiltrazione cellulare è più marcata; negli altri punti hanno volume ed aspetto normale di fibro-cellule di utero gravido.

I vasi sono numerosi e normali, intorno a loro l'infiltrazione non è più forte che altrove.

In sezioni di parti apparentemente sane, a distanza dalla parte sclerosata, non si notano modificazioni speciali nella tessitura uterina.

In sezioni di parti corrispondenti all'inserzione della placenta si osserva soltanto una infiltrazione cellulare.

Da quanto abbiamo detto si possono dedurre le seguenti conclusioni:

1.° La sclerosi sifilitica del collo e di estesa parte del corpo uterino può associarsi a decorso regolare della gravidanza.

2.° Essa può opporre gravi ed insormontabili ostacoli al parto naturale od artificiale, a termine, per le vie genitali.

3.° La sclerosi del collo e del corpo uterino può indicare in modo assoluto il taglio cesareo, anche quando il feto fosse morto, e il resto del canale pelvi-genitale fosse in condizioni normali.

4.° L'alterazione istologica della sclerosi sifilitica uterina è costituita da neoformazione connettivale in tutti i periodi, dalla infiltrazione cellulare semplice al tessuto connettivo fibroso compatto.

CONTRIBUZIONE
ALLO STUDIO DELLA OVULAZIONE DURANTE LA GRAVIDANZA

sunto di una comunicazione

FATTA DAL

Prof. DANIELE BAJARDI
alla Società Italiana di Ostetricia e di Ginecologia li 20 Aprile 1886

Durante la gravidanza, l'ovulazione continua, o si arresta?

Scanzoni Mayrhoffer, Slaviansky e pochi altri ammettono che essa continua e lo ammettono appoggiandosi al fatto che nelle donne gravide si son trovati, sebbene in via eccezionale, follicoli maturi e presso a scoppiare e corpi lutei recenti formatisi durante la gravidanza.

Per contro la maggior parte dei fisiologi e degli ostetrici ritengono che in questo tempo gli ovai rimangono inerti e che l' ovulazione è sospesa completamente. Però alcuni fra questi sono meno assoluti.

Cuzzi e Bertè, appoggiati all'esame microscopico di due ovai, appartenenti a due gravide, ammettono che può aver luogo un principio di maturazione dei follicoli di Graaf e lo Schröder non nega che, in via eccezionalmente rara, essa possa anche compiersi, sebbene finora non si conosca un solo esempio bene accertato di espulsione di ovuli in gravidanza.

Queste sono le opinioni, predominanti oggidì, intorno alla ovulazione durante la gravidanza.

La quistione è dunque ancora sempre da risolvere e probabilmente la sua soluzione non sarà possibile se non dopo che si saranno raccolte osservazioni molto più numerose di quelle, che si posseggono presentemente.

Il Prof. Bajardi, avendo avuto l'opportunità di esaminare 24 ovaia di gravide e puerpere accolte nell'istituto ostetrico ginecologico di Firenze diretto dal Prof. D. Chiara, ha comunicati i risultati delle sue osservazioni coll' intento di portare un semplice contributo allo studio della questione ora accennata.

Egli ha trovato in quasi tutti questi ovai, follicoli a diversi periodi di sviluppo; i più piccoli nella parte profonda, i più grossi nella parte superficiale del

parenchima ovarico. Alcuni di questi ultimi, misurati dopo l'indurimento dei pezzi nell'alcole, avevano un diametro variabile da cinque a otto millimetri, sporgevano notevolmente sulla superficie dell'ovaio e non erano più separati da questa se non mediante un sottilissimo stratterello, avente lo spessore di poco meno che un millimetro. Parevano quindi follicoli prossimi a rompersi.

L'esame microscopico di sezioni verticali al diametro trasverso, interessanti tutto lo spessore dell'ovaio, ha permesso di rilevare in questi follicoli quanto segue :

1) La membrana granulosa, grossa e qua e là rigonfiata, forma nella parte della cavità follicolare più vicina alla superficie ovarica un bellissimo corpo proligero contenente un ovulo maturo.

2) Questa membrana, circondante l'ovarina coagulata in granuli, è limitata nettamente dalla *theca follicoli* mediante uno strato semplice di cellule ovali, addossate l'una accanto all'altra e dirette col loro maggior diametro perpendicolarmente alla cavità del follicolo.

3) Fra questo strato esterno della granulosa e lo strato limitante interno della *theca follicoli*, non esiste per alcuni tratti alcuna interposizione di sostanza, mentre per altri vi si trova interposta una striscia di sostanza amorfa e finamente granulare la quale striscia appare più larga là, dove è maggiore la distanza esistente fra l'uno e l'altro strato.

4) La *theca* del follicolo è infiltrata di cellule rotonde e poliedriche, fra le quali si distinguono poche fibre connettive e scarsi vasi capillari.

5) Attorno al follicolo esistono spazii sanguigni poco dilatati e varii per numero e per forma nelle diverse sezioni.

Da questi reperti si può quindi conchiudere che i follicoli, ora descritti, erano maturi.

In uno degli ovai appartenenti ad una donna, operata di taglio cesareo con amputazione utero-ovarica durante il travaglio, e precisamente in quello che conteneva il corpo luteo della gravidanza, esistevano in media sette follicoli, grandi da cinque a sette mm.; alcuni più, altri meno, tutti però vicini alla superficie. Uno di questi spiccava fra gli altri perchè, ad occhio nudo, pareva pieno di un coagulo sanguigno recentissimo. Sezionatolo tutto, si trovò:

Che nella parte della cavità del follicolo più lontana dalla superficie ovarica esisteva un coagulo formato di globuli sanguigni ben conservati il quale occupava un terzo della cavità, spostava l'ovarina coagulata ed era separato da quest'ultima mediante uno strato di sostanza finamente granulare, mista a cellule della granulosa in disfacimento;

Che la membrana granulosa si presentava come in 1).

Che la theca folliculi infiltrata da cellule rotonde e poliedriche grosse e da

globuli sanguigni, era percorsa da numerosi e piccoli vasi, i quali derivavano da larghi spazii, o seni vascolari esistenti in discreta quantità tutto attorno al follicolo.

Che nella parte del follicolo occupata dal coagulo la membrana granulosa era stata dissociata e in parte distrutta dalla emorragia, di maniera che non era possibile distinguere fra essa e la *theca follicoli* infiltrata.

Di due ovai esportati dal cadavere di una donna, alla quale era stata interrotta ad arte la gravidanza nella prima quindicina dell'8 mese per stenosi della mitrale, l'uno presentava il così detto corpo luteo vero e l'altro, in vicinanza della superficie, una chiazza rossigna, della lunghezza di tre millimetri o poco più, in corrispondenza della quale la superficie dell'ovaio era alquanto depressa.

L'esame microscopico delle sezioni praticate in corrispondenza di questa chiazza ha permesso di riconoscere che essa rappresentava un piccolo focolaio emorragico avvenuto dentro un follicolo; focolaio emorragico, che si era aperto alla superficie dell'ovaio e nel quale non erano più distinguibili le emazie. Mancava attorno ad esso qualunque indizio di formazione di un corpo luteo.

Finalmente in altro ovaio di donna, morta 18 ore dopo che era stata liberata di un feto a termine, idrocefalico, l'esame macroscopico e microscopico ha dimostrato la esistenza di un follicolo che si era rotto alla superficie della ghiandola e che presentava ancora, vicino e in mezzo ai labbri della rottura, traccie della emorragia, mentre tutto il resto era occupato, da neoformazione lutea recentissima il cui volume corrispondeva ad un terzo di quello del corpo luteo vero, esistente nell'altro ovaio.

Il Prof. Bajardi ha studiato inoltre le fasi involutive dei follicoli di Graaf non scoppiati e le modalità dell'epitelio, che tapezza la superficie dell'ovaio.

Nei follicoli di Graaf, a corso abortivo, ha trovato costantemente una neoformazione di cellule connettive e di vasi capillari, la quale s'inizia nella *theca* e poi s'avvanza dentro la cavità del follicolo, spostando e spingendo avanti a sè la membrana granulosa, che si dissocia, si distrugge lentamente e scompare.

Porzioni di membrana granulosa possono rimanere per un tempo lunghissimo, impigliate in mezzo al tessuto, che forma il così detto corpo luteo falso senza subire altri mutamenti che un'atrofia de' suoi elementi cellulari e non è raro l'incontrarne anche in un'epoca, nella quale il corpo luteo è già trasformato da un pezzo in tessuto cicatriziale perfetto.

L'ovulo per lo più degenera assai presto e scompare.

Può tuttavia persistere, apparentemente immutato in mezzo al corpo luteo già completo, nel qual caso le cellule connettive neoformate si dispongono qualchevolta regolarmente attorno all'ovulo, lasciando fra esse e la membrana vitellina uno spazio circolare, come una cavità di follicolo rudimentale.

Quanto all'epitelio della superficie non pare che durante la gravidanza subisca mutamenti nella sua forma e nelle sue dimensioni.

In nessuno dei 24 ovai esaminati si è riscontrata quella particolare modificazione dell'epitelio descritta da Cuzzi e Bertè dalla quale avrebbero origine grossi elementi cellulari, che rappresenterebbero, secondo questi autori, un nuovo modo di genesi dei follicoli ovarici nell'età adulta.

Da queste sue ricerche il Prof. Bajardi conchiude: che durante la gravidanza non solamente può continuare la maturazione dei follicoli di Graaf, ma può anche verificarsi la emorragia dentro i medesimi e la loro deiscenza.

I fatti riferiti in questa comunicazione vennero dimostrati mediante numerosi preparati microscopici. Il lavoro sarà pubblicato per esteso negli *Annali di Ostetricia e Ginecologia.*

Prof. Daniele Bajardi.

SOCIETÀ ITALIANA

DI

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Rendiconto delle Sedute della 2ª Adunanza tenuta in Roma nell'Aprile 1886

REDATTO DAL DOTT. **G. CARRARA**

Seduta del 18 Aprile.

Come era stato convenuto nel Congresso di Perugia (addì 18 settembre 1885), la Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia tenne la sua seconda adunanza in Roma, nell'Aula N. 5 della R. Università, il giorno 18 aprile 1886, e seguenti.

La Presidenza era così costituita: Presidente il Prof. Ottavio Morisani, Vice Presidente il Prof. E. F. Fabbri; Segretari i Dottori Arturo Bompiani e Giuseppe Carrara; Cassiere il Dott. Giulio Kirch.

L'ordine del giorno che subì poche variazioni nel suo svolgimento era il seguente:

Proposta di nuovi Soci;

Comunicazioni dei Signori:

Prof. **Domenico Chiara**, *Firenze* — Tubercolosi miliare in gravidanza.

Castrazione, estrinsecazione ed enucleazione dei fibromiomi uterini — Casistica.

Prof. **Ottavio Morisani**, *Napoli* — Ancora della Sinfisiotomia. — Statistiche e considerazioni.

Sulla restaurazione del perineo — Nuovo processo.

Obliterazione della vulva in casi di estese e gravi perdite di sostanze delle vie genito-urinarie.

Dott. **Emilio Fasola**, *Firenze* — Contributo alla tecnica operativa nei cistomi intraligamentosi dell'ovaio.

Sclerosi sifilitica dell'utero come causa di distocia.

Prof. **Daniele Bajardi**, *Firenze* — Ricerche sulla ovulazione in gravidanza nella donna.

Dott. **Vincenzo Lauro**, *Napoli* — Contribuzione allo studio del bacino cifotico.

Un caso di eccessiva inclinazione del bacino.

Dott. **Giulio Kirch**, *Firenze* — Gravidanza multipla (Parto quinquegemello).

Dott. **Giov. Battista Mancusi**, *Napoli* — Incisione bilaterale del collo dell'utero ed iniezioni sotto-cutanee di citrato di ferro per frenare le perdite e riparare all'anemia nelle donne affette da fibromiomi interstiziali.

Dott. **Antonio Martinetti**, *Firenze* — Meccanismo del parto di mostri — (Nota preventiva).

Dott. **Vittorio Frascani**, *Pisa* — Forbice decollatrice - Nuovo strumento.

Dott. **Eugenio Casati**, *Forlì* — Sulla versione cefalica.

Prof. **Rosario Pugliatti**, *Messina* — L'inoculazione vaccinica delle gestanti.

Dott. **Roncaglia**, *Modena* — Dell'elettricità in ostetricia.

Prof. **E. F. Fabbri** — Sul movimento di conversione.

Discussione degli interessi interni della Società.

Nomina della nuova Presidenza e designazione della sede e del tempo della prossima adunanza.

Dichiarata aperta la seduta il Presidente annuncia la proposta a soci dei signori:

Prof. Rosario Pugliatti (Messina);
Dott. Giuseppe Consalvi (Casoli-Abruzzo);
Dott. Nicola Postiglione (Napoli);
Dott. Vincenzo Vivenzio (id.);
Dott. Vincenzo Lauro (id.);

Dott. G. B. Mancusi (Napoli);
Dott. Eugenio Casati (Forlì);
Dott. Lolli (Roma);
Dott. Roncaglia (Modena);
Dott. Vittorio Frascani (Pisa).

Sono ammessi.

Dà quindi la parola al Prof. *Domenico Chiara* di Firenze per la sua comunicazione: *Tubercolosi miliare e tubercolosi polmonare comune in gravidanza.* — Le conclusioni sono le seguenti:

1° La tubercolosi miliare (tisi acuta), modificata forse in alcuni suoi fenomeni caratteristici quando si associa con la gravidanza, presenta in questo stato difficoltà diagnostiche ancora maggiori dell'ordinario.

2° Se il vomito accompagna la tubercolosi miliare in gravidanza essa può assumere le parvenze del vomito infrenabile (*incoercibile*) proprio della gravidanza.

3° La dispnea con fenomeni asfittici che possono tornare anche rapidamente mortali può essere per un certo tempo la sola manifestazione sintomatica della tubercolosi miliare in gravidanza.

4° Sospettata fortemente o accertata la esistenza della tubercolosi miliare in gravidanza, è conveniente, per non dire doveroso, interromperla con sollecitudine quando si ponga la diagnosi nell'epoca dell'assicurata vitalità del feto.

Aperta la discussione, *Pasquali* approva le conclusioni del *Chiara;* però avanza qualche osservazione. La tubercolosi può offrire un' indicazione precisa all'interruzione della gravidanza; ma in alcuni casi si ebbe esito più rapidamente infausto. Quanto al confondere il vomito infrenabile delle gravide con quello sintomatico della meningite tubercolare, osserva che nel secondo caso le lesioni cominciano coi fenomeni cerebrali. Da ultimo domanda: dato che i primi segni di tubercolosi si sviluppino in gravidanza, l' interruzione di questa è da farsi anche in epoca in cui il feto non è vitabile? Cita tre casi della sua pratica, in cui avvenne l'aborto spontaneo e si ebbe grande miglioramento da parte dell'apparecchio respiratorio.

Morisani accetta egli pure le conclusioni di *Chiara* e trova un argomento di più nell' influenza della forma miliare ad interrompere la gravidanza; ricorda qualche caso relativo, uno anzi tuttora in cura nella sua Clinica. Respinge invece l'interruzione prima della vitalità del feto. E di fatto nell'interesse, domanda. di chi? Del feto, no, della madre? neppure, perchè condannata sicuramente a scadenza più o meno vicina.

Bompiani osserva che il feto anche vitale e immaturo è predisposto alla ereditarietà, per cui offre già per sè poche speranze di vita; mentre da parte della madre, se è vero che guadagna col parto prematuro, dovrebbe guadagnare ancora più coll'abortivo.

Morisani crede che in tal modo si sacrifica certo il feto senza grande utile della madre. L'immaturità del feto e la sua futura probabile tubercolosi non ci autorizzano a credere tanto sicura e pronta la sua morte.

Casati vuole che si tengano bene distinte, come già fece il *Chiara*, le due forme di tubercolosi; la generale miliare e la tubercolosi comune, localizzata ai polmoni, ecc. Egli è nel primo caso in cui può essere necessaria l'interruzione della gravidanza, ma secondo lui solamente nel periodo di vitalità del feto.

Pugliatti rileva l'importanza di questa distinzione, accenna ai casi di *Pasquali*, in cui le donne morirono poi; accetta il parto prematuro provocato in caso di tubercolosi miliare, ma è contrario affatto all'abortivo per le ragioni già dette.

Chiara vuol portare qualche schiarimento, non avendo potuto essere molto esteso nella sua comunicazione. Risponde a *Pasquali* quanto al vomito dovuto alla gravidanza o alla meningite, egli disse che emise solo il dubbio si trattasse di vomito da meningite; tanto più avendosi a che fare colla forma gastrica della tubercolosi miliare tanto difficile a diagnosticarsi: il vomito era arrivato a tal punto che la distinzione non si poteva fare. In risposta a *Bompiani* dice essersi scritto molto sulla tubercolosi e sulla sua curabilità, specialmente della forma locale e domanda: se si può curare a 10-20 anni, perchè non si potrebbe prevenire in un neonato? Non accetta quindi l'osservazione di *Bompiani*, ma bensì quella del *Morisani*, e cioè mentre accoglie il parto prematuro artificiale, rifiuta l'aborto provocato. In appoggio delle sue idee ricorda come sia tuttora incerta l'influenza reciproca della tubercolosi e della gravidanza; tanto che si danno ancora quattro opinioni differenti: 1° la gravidanza aggrava la tubercolosi; – 2° la gravidanza non ha influenza sulla tubercolosi; – 3° la migliora; – 4° peggiora per i primi tre mesi, poi migliora. V'ha da scegliere. — Occorrono pertanto ulteriori studi, nuove osservazioni per conoscere meglio l'influenza che ha la gravidanza sulla tubercolosi e viceversa. Quanto alla distinzione delle due forme di tubercolosi le mantiene; la tubercolosi miliare è malattia inesorabilmente mortale; ma assai importante per noi è il modo di morire, come avviene nella forma dispnoica. In questo caso si deve interrompere la gravidanza, ma a feto vitale, per non aggravare inutilmente la salute della donna, senza favorire il feto.

Bompiani ripete che il puerperio, che succede a un parto abortivo è diverso dall'ordinario; la donna ha sofferto meno essendo stata la gravidanza più breve,

l'utero è più piccolo, più facilmente curabile un caso di complicanze puerperali.

Il *Presidente* osserva che si divaga un pochino e si riporta alle conclusioni del *Chiara*.

Madruzza vede due quesiti: 1° interruzione della gravidanza, constatata la tubercolosi; 2° il soccorso d'urgenza. Non accetta il primo, perchè nelle gravide tubercolose i sintomi si assopiscono in gravidanza; esse danno alla luce figli che ponno crescere ed essere utili alla società. Ma per solito, mentre tali donne stanno relativamente bene in gravidanza, peggiorano assai nel puerperio; meglio perciò lasciare correre. Il peggioramento subitaneo del puerperio a termine di gravidanza, potrà aversi e più grave nel puerperio successivo a parto prematuro provocato. Quanto al secondo quesito crede si debba intervenire e sempre quando insorga qualche sintoma allarmante.

Chiusa la discussione su questo argomento parla di nuovo il Prof. *Chiara* sulla: *Castrazione, estrinsecazione ed enucleazione dei fibromiomi uterini.* — Fa la storia di due casi osservati da lui, e concludendo domanda: se la castrazione, in caso di fibromiomi uterini, modificando la nutrizione degli organi genitali, possa influire sulla resistenza della buccia del tumore o favorire l'espulsione naturale del tumore stesso.

Non domandando nessuno la parola il *Presidente* crede opportuno aprire una parentesi e propone che i temi di speciale importanza sieno fatti conoscere per tempo alla Società, in modo da poterli studiare e dar luogo poi ad una discussione proficua; questo ad es. del *Chiara* propone sia messo all'ordine del giorno per la riunione del venturo anno.

Chiara crede che la Società accetterà la proposta, che egli trova pratica, quantunque non vorrebbe d'altro lato imporre un ordine del giorno alla Presidenza futura. Vuole poi fare qualche correzione, come ad es. per la comunicazione del Prof. Bajardi, il quale presenta solo preparati microscopici.

Il *Presidente* accetta quest'ultima osservazione; quanto all'imporre l'ordine del giorno alla futura Presidenza osserva che questa sola è variabile, ma la Società è pur sempre quella. Se questa accetta, il quesito del Prof, *Chiara* troverà posto fra i primi nell'ordine del giorno per il venturo anno.

Si approva.

Ceduta la Presidenza al Prof. *Fabbri*, Vice Presidente, il Prof. *Morisani* parla sulla *sinfisiotomia* e più propriamente delle *statistiche.* — Dopo esposte le seguenti conclusioni:

1° Studiando accuratamente le cifre della antica statistica della sinfisiotomia dal 1777 (operazione di Pigault) al 1854 (80 casi), e confrontandole con le

note relative ai particolari storici di ciascun caso, si rileva che la mortalità per le donne e per i bambini debba essere attribuita nel maggior numero a cause interamente estranee ed indipendenti dalla operazione.

2° Nella 3ª statistica dal 1881 al 1886 (18 casi) le cifre della mortalità divengono minime, quando siano depurate non per artifizio, ma per la retta applicazione dei precetti e per la esatta convenienza della operazione.

3° Infatti nei 50 casi della 2ª statistica del 1866 al 1880, nei quali i precetti sono rigorosamente osservati, la mortalità è grandemente discreta.

4° La sinfisiotomia è operazione che può e deve rimanere nella pratica, e in mani abili può dare eccellenti risultati.

È aperta la discussione:

Madruzza ricorda un suo lavoro sul parto prematuro provocato e sulla sinfisiotomia; discute il valore delle statistiche, molte volte relativo alle persone che le redigono. Dice doversi stabilire i precetti della operazione per sceverare poi bene i casi; vorrebbe che la Società formulasse i dati precisi, i quesiti riguardo a tale operazione.

Chiara vuole si perfezioni l'operazione; fa rilevare che le statistiche sono relative all'operatore e si deve avere il diritto di respingere le conclusioni basate sopra fatti speciali e che non sono pertinenti all'operazione stessa; e così non incolpare la sinfisiotomia di quegli insuccessi dovuti piuttosto a precedenti maneggi o a infezione avvenuta per altra via. Rileva le conclusioni di *Morisani*: non praticare la sinfisiotomia 1° dopo il parto prematuro provocato; 2° a feto morto. Mentre è perfettamente d'accord o sulla seconda, fa qualche riserva rispetto alla prima. Si cerchi di rendere più innocente la sinfisiotomia, specialmente mercè le cautele antisettiche e poi anch'egli, per quanto poco amico del parto prematuro provocato, troverà l'indicazione delle due operazioni riunite e nel grado di stenosi (70-81 mill.) e nell'epoca in cui si deve interrompere la gravidanza fine 8° e principio del 9° mese); ma che ambo le operazioni sieno prestabilite e non estreme risorse come avviene per la sinfisiotomia.

Fabbri prega *Morisani* di chiarire la sua statistica, specialmente per quei casi di malattie che non sono imputabili alla sinfisiotomia; a questa i flemmoni pelvici, le infiammazioni delle sinfisi sacro-iliache, ecc. Domanda se furono sempre osservate le regole antisettiche.

Morisani risponde a *Madruzza* i precetti della sinfisiotomia essere già stabiliti; i limiti dell'indicazione da 67 a 81 mill. abbastanza noti. — Lamenta solo che molti non si attengono a queste norme e l'operazione fu fatta anche quando non si doveva: ricorda un caso di sinfisiotomia in donna con C. V. di 57 mm.; si scredita in tal modo l'operazione con insuccessi inevitabili. A *Chiara*

risponde temere d'essersi spiegato male nella sua relazione, perchè egli intendeva appunto aver detto quello che espose poi il *Chiara*. Del resto è cosa stabilita già fino da Jacolucci; il quale contro il taglio cesareo, a suoi tempi così micidiale, opponeva i due connubi: sinfisiotomia e parto prematuro provocato, sinfisiotomia ed embriotomia. Egli è decisamente contrario alla sinfisiotomia tardiva, appunto come disse *Chiara*, e ricorda un caso: donna con C. V. di 81 mm. Presentazione vert., provocazione del parto, forcipe, rivolgimento inefficaci, si finisce colla sinfisiotomia, quando cioè e donna e feto erano ridotti a mal partito. Al *Fabbri* dice che due sue operate lo furono colle regole antisettiche; una morì per tetano, parametrite ed ascesso pelvico. Non può dire esattamente quante donne sieno morte per il fatto dell'operazione, perchè di molte mancano notizie speciali sulla causa immediata della morte. Non volle poi esagerare nella depurazione, ma solo sottrarre quei casi che evidentemente non possono entrarvi.

Fabbri insiste nel voler tener conto delle cause di morte, in quanto che egli sostiene che ad es. l'endometrite e l'endocolpite settica non possano per niun conto essere attribuite alla sinfisiotomia, ma ad altre operazioni — forcipe rivolgimento — o a cattiva igiene del parto o del puerperio.

Chiara è d'eguale avviso, non tanto per depurare la statistica quanto per osservare che non ha inteso parlare solo dell'operatore come causa di sepsi nè degli assistenti più direttamente interessati nelle operazioni, quanto di tutto quello che circonda persone e cose la donna sì operanda che operata.

Piccinini richiama l'attenzione sulla sinfisiotomia praticata col metodo così detto sottocutaneo. Una sua operata guarì, il feto venne vivo; il caso fu pubblicato. Domanda se fu eseguita ancora.

Morisani dice che dopo Carbonai e Stolz, nessuno l'ha più praticata. D'altra parte attualmente l'incisione della cute si fa assai più breve, che non una volta (2 ctm. circa, appena quanto basta per permettere il passaggio alla falcetta).

Si leva la seduta.

Seduta ant. del 19 aprile.

Approvato il verbale dopo qualche osservazione del Prof. *Chiara*, il *Presidente* annuncia che la R. Accademia Medica di Roma ha invitato i membri della nostra Società ad una seduta che essa terrà in loro onore il giorno 22 corr. ore 12 mer. Propone ringraziare la Presidenza dell'Accademia, ed invitare i suoi soci alle sedute nostre.

Si approva.

Ceduta la Presidenza al Vice Presidente *Fabbri,* ha la parola il Prof. *Morisani: Sulla restaurazione del perineo, nuovo processo.*

Pasquali mentre loda e fa plauso alla brillante comunicazione di *Morisani*, osserva che qualche cosa di simile si era già fatto anche prima; l'Hegar e il Baltenbach nel loro trattato parlano di siffatte suture destinate ad evitare l'arricciamento delle superficie cruentate. Ed egli pure ne fece una di tal genere, ma senza eseguire prima il triangolo di cruentazione; conviene col *Morisani* riguardo alla difficoltà di riunire le estremità dello sfintere anale lacerato ed ai possibili inconvenienti che possono anzi derivare dal loro esagerato arricciamento.

Morisani si dichiara lieto d'essere stato prevenuto; non tiene all'onore della priorità; sa che di suture alternativamente superficiali e profonde ne furono già praticate, ma è l'insieme del processo che egli crede nuovo.

Fabbri domanda per quali ragioni *Morisani* non praticò la sutura immediata.

Morisani pratica la sutura immediata nelle lacerazioni incomplete; nelle complete invece aspetta, oltre che per altre ragioni, per le condizioni in cui si trova la donna appena sgravata, tanto più essendo l'operazione di lunga durata (un'ora o poco meno).

Fabbri non conviene; le labbra della lacerazione recente sono flosce e si prestano benissimo ad essere riunite; di più dal lato vaginale per solito la lacerazione non tiene la linea mediana, ma si divide come in due, abbracciando a V, la colonna posteriore della vagina, talora è solo unilaterale. La base di sostegno di questa colonna può essere pur essa staccata e allora la colonna si infossa nella lacerazione per modo di toccare immediatamente la parete rettale. Se si pratica subito la sutura, si rialza la colonna posteriore, si riuniscono i tessuti lacerati sotto di essa e si ristabilisce così con grande facilità e solidità il fondo pelvico, evitando in tal modo i rettoceli vaginali l'abbassamento e prolasso d'utero, ecc. Conclude per la sutura immediata, quando si può fare. Però ricorda anch'egli d'aver eseguito una perineorafia per lacerazione completa, a puerperio compiuto, perchè non era presente al momento dello sgravo. Fece tre suture; vaginale e rettale con filo d'argento, la cutanea incavigliata. La vaginale riuscì, la rettale pur essa, meno un piccolissimo pertugio all'angolo superiore della sutura stessa, per il quale trapelavano sostanze fecali liquide attraverso la sutura cutanea, che in gran parte non era riuscita a buon fine, a cagione delle caviglie, che egli col *Morisani* crede disturbare piuttosto che favorire la riunione. Levati i punti della sutura cutanea, cruentò nuovamente la ferita, raschiando semplicemente il tessuto di granulazione e fece una nuova sutura a punti staccati che ebbe buon esito.

Pasquali pure sta per la sutura immediata, oltre che per le ragioni già dette, anche per chiudere la via ad una probabile infezione; non solo, ma l'applicherebbe anche qualche ora dopo il parto, prevenendo l'inzuppamento da parte del flusso lochiale per mezzo d' un tampone nella metà superiore della vagina.

Morisani dice che veramente nella sua comunicazione la questione del tempo non avea a che fare. Col *Fabbri* conviene quanto alla cedevolezza dei tessuti; ma questi stessi tessuti, specialmente nei parti laboriosi, sono pesti e contusi, meno elastici, meno resistenti e perciò meno adatti ad assicurare una perfetta adesione; tanto più se la lesione è profonda ed occorra una grande superficie di combaciamento. Quanto alla forma della lacerazione essa non è costante; non vede alcuna difficoltà nel rialzare tardivamente la colonna vaginale caduta fra le labbra della ferita; poco importa poi che questa sia un po' deviata; basta che i due margini combacino e facciano un tutto insieme. Trova giusta l'osservazione di *Pasquali*, ed egli l'applica per le lacerazioni incomplete; ma nelle complete l'operazione della perineorafia è tanto delicata e difficile che egli preferisce la perfetta disinfezione della ferita, per premunirsi dall' infezione e praticare poi più tardi l'operazione. E nota che per solito chi deve eseguire la sutura, arriva tardi, trascorso cioè un certo lasso di tempo dal momento, in cui si è verificata la lacerazione.

Fabbri si riserva completare l'esposizione delle sue idee in proposito in un prossimo rendiconto della sua Clinica.

Piccinini domanda ove si annodano i punti della sutura rettale, all'esterno o all'interno e come si regola la defecazione dell'operata.

Morisani prega considerare esser queste cose già stabilite; teme che la discussione si allarghi troppo, non entrando tali quesiti col suo processo di operazione.

Si propone quindi da parecchi soci e viene accettato di discutere subito gli interessi della Società. Il *Presidente* dà la parola al Prof. *Chiara*, Presidente della 1ª adunanza.

Questi dà ragione di varie spese straordinarie e cede a sua volta la parola al Dott. *Kirch*, cassiere che presenta il conto a tutto aprile corr.

In seguito il Prof. *Chiara*, interpellato, dà schiarimenti sulle contribuzioni differenti che deve taluno membro della Società d'Ostetricia e contemporaneamente collaboratore del Giornale — *Annali d'Ostetricia*, ecc.; — e prega voler tenere bene distinte le due qualità. Se alcuno poi vuol portare qualche modificazione ricorda l'art. 9 dello Statuto.

Segue quindi una lunga discussione sulla scelta della città per l'Adunanza

dell'anno venturo; non si conclude nulla. Parecchi soci, membri anche della Società Chirurgica manifestano il desiderio che si tenga la riunione nella stessa città e nell'epoca medesima in cui la terrà la Società di Chirurgia: altri invece prega di stare almeno per quest'anno ancora uniti all'Associazione medica italiana, che tiene il suo Congresso a Pavia in settembre 1887.

Si leva la seduta.

Seduta pom. del 19 aprile ore 2 1/2

Legge il Dott. *Giulio Kirch* di Firenze: *Gravidanza multipla — parto quinquegemello.*

Presenta un preparato microscopico tolto da un ovaio, in cui si vede un solo ovisacco contenere parecchi ovuli.

A nome poi del Dott. *Vittorio Frascani* che non ha potuto trovarsi a Roma presenta un nuovo strumento: *forbice decollatrice.* Non essendo presente l'inventore non può aver luogo una vera discussione. Però *Morisani* osserva sembrargli che lo strumento andrà bene nei casi facili, ma nei difficili crede varrà quanto un altro, i fatti decideranno.

Fabbri ritiene applicabile la forbice decollatrice nei casi in cui si può usare l'uncino di Braun; e allora gli pare debba riuscire meglio il nuovo strumento.

Chiara dice che veramente il *Frascani* non ha esagerate le buone qualità del suo strumento; egli sa che questo vale appunto quanto un altro; ha però il grande vantaggio che la sua applicazione è facile anche fra le mani di chi non ha grande pratica di siffatte operazioni: certo è preferibile all' uncino di Braun e per l'operatore e per chi assiste all'operazione.

Si stabilisce fare un esperimento nella Maternità di Roma, consentendo gentilmente il Prof. Pasquali.

Ha quindi la parola il Dott. *Vincenzo Lauro* di Napoli: *Contribuzione allo studio del bacino cifotico.*

Dallo svolgimento della assunta tesi si viene alle seguenti conclusioni:

1° Perchè il bacino possa deformarsi sotto l'influenza della cifosi, uopo è che questa risegga nelle porzioni basse della colonna vertebrale: che si verifichi nella prima età della vita, e che la pelvi subisca una diminuzione d'inclinazione fino a completa distensione dei legamenti del Bertin.

2° Il peso del tronco agisce d'avanti e dall'alto in basso ed indietro col mezzo della colonna vertebrale, ma ciò può verificarsi a condizione soltanto che i mu-

scoli lunghi del dorso entrino in contrazione, mediante la quale viene impedita la fatale caduta del tronco in avanti, non bastando a ristabilire l'equilibrio le curve di compenso, che a lor volta sono un altro effetto della contrazione muscolare.

3° Buona parte delle alterazioni della pelvi van dovute alla mutata direzione del peso del tronco; ma il restringimento del diametro bis ischiatico e lo spostamento indietro delle tuberosità va dovuto in massima parte o quasi esclusivamente alle trazioni fatte dalle contrazioni dei muscoli del dorso.

4° All'azione del peso del tronco e contemporaneamente a quella dei muscoli lunghi del dorso, va dovuta la conformazione ad *I* o ad *S* del sacro.

5° L'alterata direzione del peso del tronco, trasmessa al sacro direttamente e mediante i legamenti sacro-iliaci anteriori, aumentano il raddrizzamento delle ossa iliache, ed unitamente alla contropressione dei femori, aumentano la curva trasversale del sacro, rendono più sporgente la sinfisi pubica, concorrendo così alla diminuzione dei diametri trasversi specialmente del distretto superiore.

6° È al mutato modo di comportarsi del sacro, e specialmente alla mancanza di azione sul legamento vago posteriore ed al raddrizzamento delle ossa iliache, che si deve la mancanza d'incurvamento ad *S* delle creste iliache.

7° La maggiore estensione orizzontale degl' ilei va esclusivamente dovuta alle contrazioni dei glutei: a questo effetto muscolare va altresì dovuto in piccolissima parte l'avvicinamento delle tuberosità degl'ischi.

8° I muscoli lunghi del dorso agiscono sulle tuberosità sciatiche mediante i legamenti sacro-tuberosi, e sulle spine mediante i sacro-spinosi, ed a questi va dovuto il restringimento, coadiuvati ed agevolati dal rilasciamento di tutti i gruppi muscolari che si attaccano sulle medesime.

9° La diminuzione dell'area dell'arcata pubica è prodotta in minima parte dalla proiezione in avanti delle sinfisi, mentre in massima parte è fatta dal ravvicinamento delle tuberosità sciatiche.

10° Le spine sciatiche si rendono più sporgenti e dirette in quel senso, perchè soggiacciono alla azione dei legamenti sacro-spinosi: tutte le altre spine si rendono più sviluppate ed alterano la loro direzione perchè soggiacciono a sforzi muscolari o legamentosi.

11° Il meccanismo di deformazione è identico così per le varietà dorso-lombari come per le lombo-sacrali.

12° La terapia bandisce assolutamente l'uso del forcipe, sostituendolo proficuamente con la leva: e vuol sostituire al parto cesareo la sinfisiotomia da cui ricavasi grande utilità.

Aperta la discussione, *Fabbri* riguardo all'azione musculare tra ischi e trocanteri ricorda che fu già invocata dal suo genitore G. B. Fabbri, per i vizi di

forma da zoppicamento; inoltre ancora suo padre parla del modo di trasformazione del bacino infantile in bacino adulto; è lieto di rivendicare al suo genitore la priorità sui tedeschi; fa notare che questi studi si trovano nella seconda memoria sulla pelvi obliqua ovale inserita nel 1861 nel Vol. XI delle Memorie dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna.

Chiara vuol ricordare ancora più; G. B. Fabbri ha insistito assai sulla deformazione dell'arcata del pube e fu il primo che descrisse l'allargamento e l'abbassamento dell'angolo del pube in certe viziature pelviche e spiega questo fatto nella pelvi coxalgica attribuendolo a stiramento dei muscoli che dal triangolo ischio-pubico vanno al gran trocantere. Circa la trasformazione della pelvi infantile in pelvi adulta domanda quale è veramente la forma del bacino infantile.

Lauro ringrazia *Fabbri* e dice che terrà conto della sua osservazione. Quanto alla forma della pelvi infantile risponde che rassomiglia assai al bacino cifotico, e sull'autorità del Negri e dell'Inverardi asserisce che la pelvi cifotica sia una grande pelvi infantile. Nei cambiamenti morfologici della pelvi le forze sono ripartite a seconda della normalità di loro azione; la pelvi cifotica conserva molto i caratteri della pelvi infantile, ma non può sottrarsi all'azione delle forze trasformatrici, per quanto queste non agiscono come nell'individuo normale.

Chiara ripete non sapere dell'Inverardi; certo il Negri tende a fare qualche riserva sulla forma della pelvi infantile, specie dopo il lavoro del Boissard. — Secondo Boissard la pelvi del bambino ha egual forma di quella dell'adulto. Rettifica poi la sua statistica della mortalità per embriotomia, da 36 % scese a 20 e scrisse tempo addietro che scenderà ancora più; ora può dire d'essere giunto all'11 % e nei due ultimi anni fino al 10.

Kirch misurò alcune pelvi di feti nati morti e trovò predominio dai diametri trasversi sui longitudinali.

Morisani misurò pelvi di bambini e trovò la forma infantile, come generalmente si crede, predominio cioè dei diametri antero-posteriori. — Occorrono molte altre misurazioni; per conto suo non crede per ora dover accettare le conclusioni di Boissard. Quanto alla statistica dell'embriotomia accetta quella del *Chiara* e fa plauso all'abilità dell'operatore; ma occorre una statistica della generalità e allora non è più così favorevole. Paragonando questa operazione colla sinfisiotomia trova che se da un lato danno quasi eguale risultamento riguardo alla madre (10 % di mortalità); rammenta d'altra parte che mentre coll'embriotomia si ha sempre la morte del feto, colla sinfisiotomia invece se ne salva il maggior numero. Nel caso speciale poi di bacino cifotico l'indicazione della sinfisiotomia è più sicura.

Chiara non disse che Boissard sia nel vero; fra qualche tempo si vedrà. Quanto alle statistiche è naturale che bisogna tener conto delle statistiche in genere.

Kirch domanda se i bambini, di cui *Morisani* misurò la pelvi, aveano campato; e questi risponde che alcuni sì, pochi giorn i.

Si propone quindi da *Morisani*, e viene accettato di mettere anche questo tema: *Della forma della pelvi infantile*, nell'ordine del giorno per la riunione dell'anno venturo. Prenderà il N. 2.

Parla quindi il Prof. *Morisani: Obliterazione della vulva in casi di estese e gravi perdite di sostanza delle vie genito-orinarie.* — Esposte le seguenti conclusioni:

1° Nelle vaste perdite di sostanza della parete vescico-vaginale, con distruzione completa, o quasi dell'uretra, quando esiste una fistola retto-vaginale abbastanza ampia il processo ad ogni altro preferibile è quello di fare la obliterazione della vulva mediante lo avvivamento dell'uno e dell'altro grande labbro a tutta spessezza.

2° Ove la fistola retto-vaginale sia molto angusta e sembri insufficiente ad assicurare il libero passaggio delle urine, converrà ingrandirla prima di praticare la occlusione.

3° Allorchè la comunicazione col retto non esista, meglio che operare a modo di Rizzoli, conviene praticare la perforazione del setto vagino-rettale a 2 o 3 cent. dall'ano, facendo una perdita di sostanza col coltellino del cauterio di Paquélin, ed assicurata la cicatrizzazione del foro, procedere alla obliterazione completa della vulva.

4° A tutte le altre suture adoperate per occludere la vulva merita di esser preferita quella da noi proposta, sutura orizzontale alternamente superficiale e profonda, la quale assicura la perfetta coattazione della superficie cruentale.

Casati domanda se l'apertura del setto retto vaginale non può venire otturata dalle materie fecali; chiede ancora ogni quanto tempo tali operate sentono il bisogno di orinare; giacchè a lui è noto che tale bisogno viene ogni 15-20 minuti. Gli parrebbe preferibile l'operazione di far sboccare gli ureteri nel retto; operazione più radicale e che toglierebbe molti inconvenienti, quantunque che sappia egli, fatta una sol volta e con esito infausto. Si potrebbe preferire anche l'occlusione obliqua della vagina, la quale in tal modo conserva la sua lunghezza e fa seguire all'orina la sua via naturale.

Morisani risponde poco probabile l'inconveniente delle feci otturanti l'a-

pertura del setto; è certo più facile che le orine scendano, piuttosto che salgano le feci; dato poi che avvenga è un inconveniente di poco conto e il dito può facilmente toglierlo. Quanto all'intervallo delle pisciate può assicurare che tali operate trattengono l'orina 3-4-5 ore, come le altre donne sane. Ritiene operazione oltremodo difficile immettere gli ureteri nel retto intestino; e di fatto cercare e trovare gli ureteri, stirarli ed assicurarli nel foro rettale, è cosa più facile a dirsi che a farsi. Rispetto alla chiusura obliqua della vagina crede dover ricordare le condizioni che indicano l'occlusione vulvare, e cioè: vasta distruzione delle parti, per cui è impossibile tentare la solita operazione della fistola vescico-vaginale; in secondo luogo oltre la parete posteriore della vescica è distrutta in tutto o in parte anche l'uretra; la vagina non ha lunghezza e non può parlarsi di occlusione obliqua.

Legge quindi il Dott. *Vincenzo Lauro* di Napoli: *Un caso di eccessiva inclinazione del bacino*; concludendo così:

1° Il bacino della donna, di cui è parola, aveva un grado di inclinazione eccessivo tale che raramente si riscontra.

2° Il metodo di misurazione adoperato dal Naegele, e quelli da me stesso, messi in opera, vanno soggetti a moltissime cause di errore, per cui i loro risultamenti sono grandemente incerti.

3° La lussazione verificatasi nella donna fu patologica con ossificazione intima del femore coll'osso iliaco.

4° La causa della alterata inclinazione del bacino fu la necessità di far rotare il femore su di un asse passante trasversalmente sul punto di unione della sua testa con l'osso innominato.

5° La lordosi provvenne dalla inclinazione stessa del bacino onde ottenere la riconduzione del centro di gravità nella base.

6° Contro tutte le prescrizioni dettate dai diversi ostetrici nel caso, in ispecie, per ottenere la correzione dell'inclinazione eccessiva, fu necessità, nel momento del parto adottare la posizione inglese.

Chiara domanda quando si applicò il forcipe e per quale ragione, perchè egli dà poca importanza al grado di inclinazione del bacino; desidera inoltre conoscere il peso e lo sviluppo del feto.

Lauro dice essersi applicato il forcipe nella parte bassa dello scavo, per inerzia uterina e per rigidità dell'orificio uterino. Il feto era a termine, bene sviluppato, non ricorda precisamente il peso, ma oltrepassava certo i 3500 gr.

Il Dott. *Rosario Pugliatti* di Messina legge la sua comunicazione: *Inoculazione vaccinica nelle gestanti* (nota preventiva).

Il *Presidente* in vista della grande importanza dell' argomento lo propone come 3° tema che verrà discusso nell'adunanza dell'anno prossimo.

Si approva; la seduta è levata.

Seduta ant. del 20 Aprile.

Aperta la seduta ed approvati i verbali delle sedute del giorno 19 ha la parola il Prof. *Daniele Bajardi* di Firenze: *Ricerche sulla ovulazione in gravidanza nella donna.* (Vedi conclusioni nel corpo del giornale).

Mostra numerosi preparati microscopici.

Il *Presidente* dà quindi la parola al Dott. *Emilio Fasola* di Firenze, il quale fa un sunto della sua comunicazione: *Contributo alla tecnica operativa nei cistomi intralegamentosi dell'ovaio*; e conclude:

1° L'anatomia patologica non possedeva nozioni alquanto precise intorno ai cistomi ovarici intralegamentosi prima del 1876; e la ginecologia operativa ha preceduto di pochi anni l'anatomia patologica, poichè già nel 1869 il Miner di Buffalo eseguiva la prima ovariotomia per cistoma intralegamentoso.

2° La letteratura e la clinica italiana sono molto povere a questo riguardo: i casi riconosciuti al tavolo operatorio e pervenuti a conoscenza si riducono ai quattro osservati nella Clinica ginecologica fiorentina.

3° I cistomi intralegamentosi dell'ovaio, secondo la statistica della Clinica fiorentina, non sono infrequenti: 4 sopra 21 cistomi ovarici, operati dal gennaio 1883 all'aprile 1884.

4° L'eziologia topografica dei cistomi ovarici intralegamentosi è oscura e dev'essere complessa.

5° Non è possibile diagnosticare con certezza la disposizione intralegamentosa dei cistomi ovarici prima della laparotomia: finora i ginecologi la riconobbero soltanto al letto operatorio.

6° Le difficoltà dell'emostasi costituiscono il pericolo maggiore, immediato dell'ovariotomia praticata in tali condizioni, e dipendono dalla profondità in cui si trova il campo d'operazione, e dalla ricchezza di vasi di quella regione, fra le pagine del legamento largo, nel connettivo sottoperitoneale e pelvico: per questo talvolta sarà prudente o necessario rinunciare all' esportazione totale del tumore.

7° La tecnica operativa messa in pratica per la cura dei cistomi ovarici intralegamentosi potrebbe essere raggruppata nei 5 metodi seguenti:

I. Formazione di peduncolo, unico o segmentato, colla parte di legamento largo sottostante al tumore.

II. Enucleazione o sgusciamento.

III. Ovarioisterectomia.

IV. Drenaggio addominale e vaginale.

V. Escisione del segmento superiore della cisti e sutura del segmento inferiore coi margini della ferita addominale.

8° Ciascuno dei cinque metodi ha dei vantaggi e degli inconvenienti, e ciascuno ha l'indicazione sua propria: essi possono combinarsi fra loro, ma non sostituirsi impunemente.

9° L'indicazione dell'intervento chirurgico nei casi di infiammazione e di suppurazione della parete interna della cisti e di peritonite, associate o no fra loro, è ormai indiscussa.

10° La eziologia dei tumori in genere e del cancro in specie, è ancora molto oscura.

Il *Presidente* propone in seguito di fissare il luogo e il tempo per la riunione dell'anno venturo (art. 2° dello Statuto). Non conoscendosi ancora la decisione della Società Chirurgica, la nostra fissa di nuovo Roma durante le ferie Pasquali dell'anno 1887.

Si passa quindi alla nomina degli Uffici di Presidenza. Fungono da scrutatori i signori Falaschi e Pugliatti.

Esito della votazione:

Votanti N. 20.

Presidente . . .	Pasquali	con	20	voti
Vice-Presidente	Calderini	»	19	»
Segretari . . .	Kirch	»	17	»
	Lolli	»	16	»
Cassiere . . .	Fasola	»	17	»

Qualche voto disperso.

Ha quindi la facoltà di parlare il Dr. *Fasola Emilio* per svolgere la seconda delle sue comunicazioni: *Sclerosi sifilitica dell'utero come causa di distocia.* (Per le conclusioni vedi il lavoro per esteso nel corpo del giornale).

Pugliatti domanda perchè dopo l'uncino Braun usò delle forbici embriotomiche, e come avvenne la lacerazione della vagina.

Fasola risponde che avendo sentito il tessuto lacerarsi, per non fare trazioni troppo energiche coll'uncino, si aiutò colle forbici. Quanto alla causa della lacerazione vaginale, crede che questa sia avvenuta per la forzata introduzione della mano, quantunque avesse prima praticato nuove incisioni sul collo. A nuovo schiarimento richiesto da Pugliatti, asserisce che si è lacerata la parte alta della vagina; la lacerazione era continuazione di quelle del collo.

Pellizzari domanda spiegazioni sulla natura della lesione sifilitica del collo; quali segni si hanno per dire, che la lesione è realmente sifilitica, tanto più che anche col microscopio non si può differenziare da altri processi comuni.

Fasola conviene nell'ammettere non trovarsi una forma istologica specifica; ma osserva che in tutti i casi studiati fin'ora, tale lesione non fu trovata che in donne sifilitiche. A *Pellizzari* ciò non basta; vi sono, dice, due generi di sclerosi sifilitica, l'iniziale del sifiloma e la sclerosi gommosa; altre non ne conosce; crede che la donna del *Fasola* non trovisi in uno di questi due stati. Egli dubita si tratti di una semplice coincidenza o tutto al più di una predisposizione alla sclerosi, che la sifilide imparte ai tessuti, nel caso in discorso alla sclerosi uterina.

Pasquali divide l'idea di *Pellizzari* tanto più che dall'esposizione del *Fasola* la preponderanza dell'elemento connettivo nel tessuto del collo fa pensare ad una lenta metrite cervicale. Riguardo all'atto operativo praticato, crede che per le condizioni della malata, il *Fasola* si sia servito dell'uncino di Braun come mezzo di presa ma non di trazione.

Fasola risponde che quanto al periodo di sifilide la sclerosi in discorso si può presentare come complicazione dell'ulcera infettante, e particolarmente nell'esordio del periodo di riparazione dell'ulcera: frequentemente si associa a lesioni secondarie di una certa gravità; mai appare nel periodo terziario della malattia: la sua donna non si trovava nei due indicati dal *Pellizzari*.

Riguardo all'operazione, osserva che l'uncino Braun egli usò più come mezzo di presa.

Fabbri chiede a *Pellizzari* spiegazioni sulla predisposizione alla sclerosi uterina impartita dall'infezione sifilitica.

Pellizzari dice che la sifilide attacca tutti i grandi sistsmi dell'organo sano, per cui essi si trovano predisposti a malattie intercorrenti specialmente infiammatorie, nel caso speciale dell'utero, a metrite. Ricorda come esempio la facilità delle infiammazioni catarrali nelle donne sifilitiche (leucorrea-faringite, ecc.); può aversi cioè un'infiammazione comune senza che essa sia veramente una manifestazione sifilitica, nello stretto senso della parola. A prova di ciò rammenta che dei malati di sclerosi dei cordoni posteriori, i tre quarti sono sifilitici, e pure la cura specifica è inefficace.

Fabbri, quantunque non vi sieno forme istologiche specifiche nella sclerosi uterina in discorso, crede si debba dare grandissima importanza al fatto, che tutte le donne che finora la presentarono erano sifilitiche; gli pare che sebbene il numero dei casi non sia grande, tuttavia si possa almeno sospettare, che il detto indurimento sia determinato dall'azione dell'agente inquinante sifilitico.

Pellizzari dice che veramente fino ad ora fu osservato solo in donne in travaglio di parto: vorrebbe vedere se durante la gravidanza si può diagnosticare il fatto stesso. Si avrebbero due benefici; uno pratico, in quanto si curerebbe la malata; l'altro scientifico per vedere, se la cura corrisponde e trattisi veramente di processo sifilitico.

Fabbri si associa al *Pellizzari* nel riconoscere l'importanza di queste indagini.

La seduta è levata.

Seduta pomeridiana del 20 aprile.

Alla lettura del processo verbale (alla quale non è presente il Prof. Pellizzari) *Fabbri* aggiunge che forse evvi un altro argomento per sospettare, che la sclerosi uterina, trattata dal *Fasola*, non è dovuta allo stesso processo di induramento, quale notasi nella metrite cronica: di fatti in quest'ultimo caso, quando a scopo ginecologico si usi la laminaria o la spugna, si giunge, benchè un po' più a stento che non in colli normali, a promuovere il rammollimento e la dilatazione del collo; ed anzi è noto che fu questo mezzo proposto per distinguere l'indurimento per metrite da quello per incipiente infiltrazione carcinomatosa. Nella sclerosi invece, che è argomento di questa discussione, il processo naturale di rammollimento e di dilatazione per opera del travaglio del parto non riescì a vincere per nulla l'indurimento.

Fasola crede che una volta fu diagnosticata, in gravidanza, e la cura non corrispose; rammenta però come sia noto che la gravidanza aggrava le manifestazioni sifilitiche.

Il Prof. *Madruzza* prega il Presidente, che gli accordi la parola per comunicare in breve alla Società una sua recente osservazione clinica di grande interesse.

Il Presidente consente.

Parla in seguito il Dr. *G. B. Mancusi di Napoli.* — *Incisione bilaterale del collo dell'utero ed iniezioni sottocutanee di citrato di ferro per frenare le perdite e riparare all'anemia nelle donne affette da fibromiomi interstiziali.*

Il Dott. Mancusi ha presentato le seguenti conclusioni;

1° La genesi e lo sviluppo dei miofibromi si deve a disturbi circolatori locali.

2° S'hanno miofibromi molli o duri a norma che i disturbi circolatori sono fatti da iperemie attive e passive.

3° Per le stasi venose permanenti di un organo qualunque l'esperienza insegna che vengono pregiudicati più gli elementi specifici del tessuto anzi che il connettivo che prospera così come nei fibromiomi duri.

4° Le stasi venose vengono aggravate dai miofibromi già formate e sono la causa ordinaria delle emorragie e dei dolori uterini.

5° La discissione bilaterale col processo Sims sottrae alla nutrizione del tumore un certo numero di vasi arteriosi e venosi e per la diminuita resistenza del collo favorisce l'attività muscolare uterina. Si ottiene l'emostasia, diminuisce o cessa la nutrizione del tumore che come corpo estraneo può essere sgusciato od espulso.

6° La discissione bilaterale prepara la via come sussidiare la diagnosi di sede e natura del tumore uterino e come modificare direttamente con mezzi locali la parte lesa.

7° Essa è l'unica risorsa quando non si può ricorrere ad operazione radicale. È non solo efficace ed utile sempre nei miofibromi, ma pure innocente quando è praticata da mano esercitata e con le precauzioni antisettiche. Dimostra ciò con una statistica del Prof. Morisani di 294 operazioni con soli due casi di morte, la cui causa è indipendente dall'operazione.

8° Le iniezioni ipodermiche di citrato di ferro per combattere l'anemia per emorragia da miofibroma hanno risposto bene: ma quanto a loro si deve ovvero all'emostasia, all'igiene e all'alimentazione appropriata non è ancora dimostrato. Nella Clinica ostetrica di Napoli sonosi iniziati degli esperimenti in questo senso.

Morisani lo ritiene argomento di grande importanza. I risultamenti furono felici; si arrestò l'emorragia e stabilmente, e si ebbe miglioramento nelle condizioni del tumore e della malata (questo forse anche dovuto ad altre cure progresse). Propone sia messo come 4.° tema di discussione nell'ordine del giorno dell'anno venturo: Indicazione dell'incisione bilaterale del collo dell'utero nei casi di fibromiomi interstiziali.

Si accetta.

Fabbri è lieto che questo metodo, già noto, ma poco apprezzato, sia richiamato in onore; però fa osservare che in qualche caso egli riuscì a fare un'effi-

cace cura palliativa con iniezioni di percloruro di ferro, previa dilatazione del canal cervicale colla laminaria; usando in quest'operazione tutte le cautele antisettiche e facendo precedere all'iniezione di percloruro di ferro bollito una iniezione antisettica. Crede si possa questo utilmente tentare prima di procedere al metodo alquanto meno semplice dell'incisione profonda bilaterale.

Peruzzi domanda a Morisani se crede la tintura eterea di segale di eguale o maggiore efficacia che non l'ergotina; questa si altera facilmente ed è infida.

Morisani dice aver ricorso alla tintura eterea di segale per inefficacia dell'ergotina; teme ciò avvenga per frode commerciale o imperfezione del preparato. La tintura eterea gli ha dato sempre buoni risultamenti.

Fabbri si loda dell' ergotina dializzata di Germania, proposta dal Wernich; questa si scioglie facilmente nell' acqua, e con un po' di glicerina, all' alcool e acido fenico si mantiene indefinitamente sterilizzata.

Legge in seguito il Dr. . . . . *Roncaglia di Modena.* — Dell' elettricità in ostetricia.

Nessuna discussione.

Ha quindi la parola il Prof. *E. F. Fabbri* di Modena. *Teoria per spiegare il movimento* di conversione della testa dalle posizioni occipito posteriori in anteriori.

Morisani desidera sapere come colla sua teoria possa spiegare il *Fabbri* perchè la conversione accada più facilmente nelle primipare — e meno invece quando il bacino è più ampio del normale.

Fabbri: Quanto alla pelvi eccessivamente ampia è facile che manchi il moto di conversione, perchè le spalle si possono impegnare anche in una microcorda, rimanendo il dorso rivolto all' indietro. — Quanto alla differenza fra primipare e pluripare potrebbe già considerarsi che nelle pluripare suole la pelvi aver già raggiunta la perfezione della sua ampiezza, che nelle giovani primipare fa ancora difetto. Si aggiunga poi, e questo è di maggior importanza, che nelle primipare la testa, giunta al fondo pelvico, lo trova costituito da parti resistenti (elevatore dell'ano, aponeurosi, pieghe peritoneali intatte) e che questa resistenza determina l'incurvamento del tronco, che, come già fece notare, è una delle cause che spingono le spalle verso quel lato della pelvi, verso il quale guarda l'occipite. Mentre nelle pluripare i parti pregressi distrassero, lacerarono quelle parti molli conciliando così al fondo molle della pelvi quella cedevolezza, che a tutti è noto predispone nelle pluripare alle discese ed ai prolassi dell'utero.

Morisani ricorda un caso di bacino cifotico, in cui la posizione originaria era occipito posteriore; la donna fu liberata colla leva, ma la testa avea già

spontaneamente rotato all'avanti così da oltrepassare la posizione trasversa. Non vuol con questo infirmare la teoria.

Fabbri dice che anzi occorre tener conto di ogni particolare meccanico per quanto piccolo.

De Paolis domanda quale avvenire può avere in terapia.

Fabbri conferma la ragionevolezza del decubito sul fianco già finora praticato. Di più si impara come non si debba ostinarsi a voler col forcipe produrre la conversione, quando si senta che il capo non seconda i nostri tentativi.

Dietro proposta del socio *Pugliatti* si inscrive fra i membri della nostra Società il Sig. Dr. *Felice La Torre.*

Il *Presidente* annuncia che il Dr. *Antonio Martinetti* di Firenze non ha potuto intervenire all' adunanza e che il Dr. *Eugenio Casati* di Forlì rinunzia alla parola.

Rimane così esaurito l'ordine del giorno.

Il Dr. *Fasola* domanda il permesso di fare una breve relazione d'un'operazione cesarea, praticata il giorno avanti nel R. Istituto Ostetrico Ginecologico di Firenze.

Il Presidente accorda.

L'operazione fu eseguita col processo Sanger.

Inerzia ed emorragia interna grave consecutiva alla sutura profonda e superficiale (siero-sierosa). Amputazione dell'utero (metodo Porro). Bambino salvo, madre in ottime condizioni.

Morisani domanda, essendo la C. V. 67-70 mill.; se non era il caso di parto prematuro o solo o associato alla sinfosiotomia, conviene essere stata la lunga costrizione del laccio la causa dell' emorragia, e chiede se non si poteva usare una sutura più spiccia, perchè la costrizione durasse meno.

Fasola risponde che non si provocò il parto prematuro, perchè la donna voleva sicuro il bambino, e pel bambino la prognosi nel parto prematuro è molto grave. Si preferì questo metodo di operazione cesarea in seguito ai felici successi ottenuti ultimamente da Leopold — 5 guarigioni su 6 operate, e sei bambini vivi: si praticarono le suture su quattro piani diversi, consigliati da speciali condizioni del caso che l'operatore ricorda.

Peruzzi si dichiara assai lieto, perchè egli sostenne sempre doversi limitare l' operazione Porro a quei casi in cui in una gravidanza successiva si credesse non potersi ottenere il feto vivo col parto prematuro o colla sinfisiotomia. Anch'egli crede sia stata causa d'emorragia il laccio elastico; dopo quest' esempio non l'applicherebbe più.

Il Presidente dichiarata chiusa la discussione, fa leggere i quesiti da porsi nell'ordine del giorno per la prossima adunanza:

1.° Se la castrazione in caso di fibromiomi uterini, modificando la nutrizione degli organi genitali, possa influire sulla resistenza delle braccia del tumore o favorire l'espulsione naturale del tumore stesso.

2.° Forma del bacino infantile.

3.° Inoculazione vaccinica delle gestanti.

4.° Indicazione dell'incisione bilaterale del collo dell'utero nei casi di fibromiomi interstiziali uterini.

Si leva la seduta.

NOTIZIE

Società Medico-Fisica Fiorentina

AVVISO.

È aperto il concorso al premio triennale di L. 500 istituito dal fu Cav. Dott. Isacco Galliga. Il termine utile per la presentazione dei lavori scade col 30 aprile del prossimo anno 1887. Il premio sarà conferito secondo le norme del seguente

Regolamento:

Art. 1. Sono ammessi al concorso tutti quelli che faranno qualche lavoro interessante di propria iniziativa o che illustreranno qualche importante parte di sifilografia o di malattie dei bambini; e non ne sono esclusi i componenti la Società Medico-Fisica Fiorentina.

Art. 2. Il premio sarà conferito dalla nostra Società, dietro il rapporto di una apposita Commissione esaminatrice, discusso ed approvato in seduta privata.

Art. 3. I membri della Società che avessero concorso non potranno accettare di far parte della Commissione esaminatrice, nè dovranno assistere alle adunanze in cui se ne discuta e se ne approvi il Rapporto.

Art. 4. La Presidenza della Società annunzierà sempre almeno un anno avanti l'apertura del concorso.

Art. 5. I lavori presentati al concorso dovranno essere scritti in lingua italiana e diretti alla Presidenza franchi di ogni spesa.

Art. 6. I concorrenti dovranno inviare i loro lavori senza farsi conoscere, sotto pena di essere esclusi ed a questo oggetto dovranno contrassegnare i loro lavori con un motto, ripetuto sopra una scheda sigillata che conterrà il loro nome, cognome e domicilio.

Art. 7. La pubblicazione del motto nel Giornale *Lo Sperimentale* vale per ricevuta del lavoro.

Art. 8. Chiuso il Concorso il Presidente sceglie nel seno dell'Accademia

una Commissione di tre membri che dovranno esaminare i lavori stati presentati e riferirne; appena che questi tre membri abbiano accettato il mandato, il Presidente dovrà in Adunanza pubblica annunziare come sia stata composta la Commissione.

Art. 9. Il Relatore della Commissione, parlando sempre in nome della Commissione stessa, dovrà in seduta privata leggere un rapporto circostanziato dei lavori presi in esame, facendo le relative proposte motivate.

Art. 10. Questo rapporto dovrà essere discusso e la Società delibererà a maggioranza assoluta dei presenti.

Art. 11. Nella successiva adunanza pubblica, il Segretario degli Atti leggerà la deliberazione della Società; e quindi il Presidente aprirà la scheda contrassegnata col motto del lavoro giudicato meritevole del premio e ne pubblicherà il nome dell'Autore. Tutte le altre schede saranno abbruciate.

Art. 12. Tutti i lavori presentati al concorso saranno conservati in archivio.

Art. 13. Quando entro il termine di un anno l'Autore del lavoro premiato non lo abbia fatto stampare per proprio conto la Società potrà pubblicarlo nei suoi atti.

Art. 14. Nel caso che nessun lavoro fosse inviato al concorso nel termine di tempo stabilito e nel caso che il premio non fosse conferito, la Società provvederà subito a riaprire il Concorso.

Firenze, dalla Residenza della Società nel R. Arcispedale di S. Maria Nuova, li 20 Aprile 1886.

Il Presidente
Prof. PIETRO PELLIZZARI.

Il Segretario
Dott. **Guido Banti.**

ERRATA-CORRIGE

Pag.	*Linea*	*Errata*	*Corrige*
135	26	preparativi esano	preparativi erano
139	34	usando della	usando delle
140	7	uterina e	uterina è
146	4	sutura superficlali	sutura superficiali
150	10	alquanto obliquito	alquanto obliquato
156	15	meno lunga	meno lungo
159	14	inspirato a tati	inspirato a tali
160	14	alla costruzione	alla costrizione
166	12	53 guérisans	53 guérisons
170	39	malessere generele	malessere generale
171	21	data solo	data dal solo
177	27	Che la tensione	Che la torsione

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, Via Pietro Verri, 16.

Vol. VIII. Giugno-Luglio 1886 N. 6-7

ANNALI

DI

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

ALCUNI RAPPORTI

FRA

INFEZIONE PALUSTRE E STATO DI MATERNITÀ

STUDIATI

dal Dott. Prof. PAOLO NEGRI

in Novara

I.

La ricerca degli scambievoli rapporti fra infezione palustre e stato di maternità fu oggetto di molti studi, di molte osservazioni: numerose pubblicazioni nostrane e straniere attestano l'importanza e la vastità dello studio: il quesito andò mano mano estendendosi, sorsero nuove questioni, sorsero nuove idee non ancor tutte controllate dall'osservazione clinica.

Posto a capo di una Clinica modestissima, potei tuttavia nel corso di un triennio occuparmi abbastanza estesamente dell'argomento in questione; ciò si deve al fatto che altra volta ricordavo con le seguenti parole (1): « Per le speciali condizioni di una parte della provincia di Novara e della città stessa di Novara, buon numero delle ricoverate nella Clinica proviene da paesi infestati dalla infezione palustre, e le conseguenze di tal fatto ci vengono manifestamente mostrate e dalla alterata sanguinificazione delle accolte e dal cospicuo e direi quasi comune ingrandimento della milza. » Il presente scritto si prefigge uno

(1) Intorno ad alcuni fatti clinici occorsi nella scuola di ostetricia in Novara. I. La febbre palustre nel puerperio. — *Annali di Ostetricia,* ecc. Anno V, 1883.

scopo modestissimo: contribuire allo studio di qualcuna fra le tante questioni in oggi poste, e contribuirvi con materiali italiani. Io ho scritto a *qualcuna fra le tante questioni*; per dimostrare infatti al lettore la vastità dello studio è sufficiente che ricordi, seguendo il Bonfils (1), i principali argomenti in esso discussi.

Diviso lo stato di maternità nei tre successivi stadi di gravidanza, parto e puerperio, nei rapporti scambievoli fra malaria e gravidanza si considerò:

l'aborto provocato
il parto prematuro
la morte del feto
le forme congenite di malaria
l'incompleto sviluppo del neonato
l'eclampsia palustre
la immunità e la predisposizione
il richiamo dell'infezione
la trasformazione dell'infezione.

In rapporto al parto si prese in esame:

la determinazione del parto per la insorgenza di accessi febbrili
la inerzia uterina
la scomparsa ed il richiamo degli accessi febbrili.

Finalmente in rapporto al puerperio:

le modificazioni nel polso e nella temperatura
i cambiamenti nell'involuzione uterina
le modificazioni ne' lochi
la comparsa di emorragie
le alterazioni nella secrezione lattea
la trasmissione dell'infezione al feto
il richiamo dell'infezione
le modificazioni nelle manifestazioni della infezione malarica
la predisposizione alla infezione.

Ognuno vede che lo studio, sia pure superficiale, di tante questioni, richiederebbe un numero immenso di osservazioni, raccolte espressamente e studiate

(1) Bonfils. Paludisme et puerpéralité, Paris, A. Parent, 1885.

con il sussidio di tutte le scienze accessorie. Ciò non può aspettarsi da me il lettore, perchè da tanto non sono le mie forze: io mi accontenterò di offrire i fatti occorsimi e di studiare sulla guida di essi solo qualcuna delle questioni alle quali sopra si alluse.

A mia discolpa ricordo al lettore il ben noto

parvi sumus parva damus.

II.

Cinquanta osservazioni formano il nucleo del presente scritto: fui un po' in dubbio intorno alla convenienza o meno di sottoporle al lettore nella loro integrità; risolsi la questione in maniera che fosse congiunta alla economia dello spazio la facilità della ricerca e del confronto; prescelsi a questo fine la forma di quadro; in esso si trovano segnati tutti i dati principali che potranno anche essere usati da chi in possesso di altro materiale, volesse fare più tardi un lavoro riassuntivo.

Qualche osservazione o perchè specialmente interessante, o perchè base di qualche punto discusso in modo particolare, troverà in luogo più opportuno una più dettagliata esposizione.

Mi corre obbligo pertanto di notare, le 50 osservazioni esser state tratte da un numero complessivo di circa 350 gravide accolte nella Clinica ostetrica Novarese durante gli anni scolastici 1882-83, 83-84, 84-85 e parte del presente 85-86.

(Seguono tabelle).

Osservazione	Numero della donna	Numero delle gravidanze	Età	Durata e tipo della febbre prima della gravidanza	Durata e tipo della febbre nella gravid. attuale	Data dell'ultima mestruazione	Epoca del parto dal calendario	Giorno in cui si ebbe il parto	Periodo dilatante	Periodo espulsivo	Peso e sesso del feto e stato	Peso degli annessi e stato	Puerperio
									ed accidenti				
1	133 1883	4ª	23	—	A tipo quartanario ripetutamente	—	—	—	12.30	1.30	M 3220 sano	g. 600 norm.	Nel 5° e 6° dì elevazione a 38.9, 38.2 senza causa apprezzabile nel puerperio
									nessun accid. nel parto				
2	128 1883	1ª	25	Due anni prima per pochi dì. Un anno prima per 14 dì quotidiana	—	10-13 febbr.	10 dicem.	271°	10.30	1.48	M 2580 sano	g. 330 norm.	Nel 5° dì una elevazione a 38°,2 Nulla dal punto di vista puerperale
									nessun accid. nel parto				
3	114 1883	6ª	30	Tre anni prima per 6 mesi	—	10-15 genn.	16 ottob.	275°	10 —	2 —	M 3400 morto	g. 830 norm.	Nulla
									ovoide podalico asfiss. nel parto				
4	107	2ª	28	Ripetutamente	Per quasi tutta la durata	16-19	25	240°	4.30	— 15	M 3240	g. 420	Nulla

	1883			anno			agosto		forcipe sulle natiche per minaccia fetale	sano	norm.		
6	100 1883	2ª	22	3 anni prima per 2 mesi	—	7-15 nov.	21 agosto	283°	9 | 1.15 nessun partic.e interr.e	M 2540 sano	g. 580 norm.	Nulla	
7	69 1883	4ª	29	Nel mese di marzo 1883	—	—	—	27 magg.	12.15 | 0.30 nessun accid.	F 2800 sana	g. 520 norm.	In 4ª giornata accesso a freddo (38.1) sudore profuso. Nulla dal lato puerperale	
8	64 1883	1ª	20	12 anni prima 5 anni prima Nell'agosto 1882 a tipo terzan.° e quart.°	Durante il 1° mese	2 agosto ultimo dì	8 magg.	287°	15 | 2 nessuno	M 3100 sano	g. 550 norm.	Ricomparsi gli accessi. (Vedi alcuni fatti clinici, ecc.) Osservazione I	
9	32 1883	3ª	28	Un anno prima per 3 mesi	—	—	—	—	— | — nessun accid.	M 3020 sano	g. 400 norm.	Nulla	

Osservazione	Numero della donna	Numero delle gravidanze	Età	Durata e tipo della febbre prima della gravidanza	Durata e tipo della febbre nella gravid. attuale	Data dell'ultima mestruazione	Epoca del parto dal calendario	Giorno in cui si ebbe il parto	Periodo dilatante	Periodo espulsivo	Peso e sesso del feto e stato	Peso degli annessi e stato	Puerperio
									ed accidenti				
10	123 1884	2ª	37	Nessuna	nell'ultimo mese	genn.	—	—	16	1	M 2800 sano	g. 500 norm.	1°, 2° e 3° giorno a tipo intermitt.e con brivido forte, scomparsa con il cloridrato di chinino.
									senza accidenti				
11	120 1884	1ª	20	10 anni prima	nei primi 3 mesi	19-22 dic.	27 sett.	289°	10.40	3	M 3030 sano	g. 570 norm.	Nulla
									inerzia relativa V.O.I.D.P. forcipe nello scavo				
12	112 1884	3ª	32	10 anni prima	—	10-15 nov.	21 agosto	288°	9	0.25	M 3620 sano	g. 490 norm.	Nulla
									faccia M.I.D.P. ness. accid.				
13	109 1884	4ª	40	Per 3 anni 20 anni prima	—	13-18 nov.	24 agosto	281°	2.35	0.10	F 2800	g.400	Nulla

14	1884	8ª	37	Di tanto in tanto	—	nov.	agosto	267°	idramnios natiche, vivo estraz. manuale	3540 sano	norm.	Nulla
15	102 1884	1ª	20	4 anni prima per 2 mesi	—	25-28 ottob.	3 agosto	277°	14.45 | 0.45 nessun partic. interess.	F 2570 sana	g. 400 norm.	Nulla
16	51 1884	1ª	30	2 anni prima per 7 mesi	—	15-17 luglio	22 aprile	277°	11.40 | 5.25 contraz. irregolari, deboli nel 2° periodo.	F 2510 sana	g. 450 norm.	Nulla
17	48 1884	5ª	32	Ripetutamente	—	19-23 giug.	29 marzo	282°	45 | — faccia M. P. embriotomia	M 3000 morto	g. 650 norm.	Nulla
18	19 1884	1ª	23	Nulla	Per tutto il decorso	18 apr. al 1 mag.	4 febbr.	275°	8.30 | 0.35 nessuno	M 2650 sano	g. 620 norm.	Nessuna

Osservazione	Numero della donna	Numero delle gravidanze	Età	Durata e tipo della febbre prima della gravidanza	Durata e tipo della febbre nella gravid. attuale	Data dell'ultima mestruazione	Epoca del parto dal calendario	Giorno in cui si ebbe il parto	Periodo dilatante	Periodo espulsivo	ed accidenti	Peso e sesso del feto e stato	Peso degli annessi e stato	Puerperio
19	10 1884	8ª	39	Nulla	per 5 mesi	10-14 aprile	8 genn.	277°	3.55	0.40	nessuno	F 2850 sana	g. 550 norm.	Lievi accessi in 1ª e 2ª giornata
20	4 1884	2ª	30	Nulla	Dal maggio in poi	—	—	—	4.10	0.10	nessuno	M 3200 sano	g. 560 norm.	Nulla
21	2 1884	6ª	33	Nulla	Nei mesi di agosto, settembr. ed ottobre. Di nuovo in gennaio (4). Immed.e prima del parto	—	—	—	8.	0.15	nessuno	M 3380 sano	g. 520 norm.	Nulla
22	54 1885	1ª	25	Nulla	Per 6 mesi a tipo quartan.o Milza voluminosa	15 sett. ? 15 ag.	24 giug. 21 magg.	273° ?	7.	0.15	nessuno	F 2300 sana	g. 360 norm.	Nulla

23	1885	7ª	37	17 anni prima per 2 anni terzanario	—	colto fecondante il 31 ag.°	giug.	275°	nessuno	3020 sano	norm.	Nulla
24	40 1885	2ª	27	Nulla	Quotidiana dal settembre a tutto dicembre	21-25 agosto	31 magg.	260°	6.15 — nessuno	F 1880 sana	g. 530 norm.	Nulla
25	38 1885	4ª	30	5 anni prima per 2 mesi	—	23-26 luglio	1 magg.	280°	5.30 0.30 nessuno	F 2950 sana	g. 530 norm.	Ricomparsa in sesta giornata
26	36 1885	2ª	24	Da circa 12 anni interpolatam.e	Luglio, ottobre novembre dic., gennaio	14-17 luglio fecondazione probabile il 25	30 aprile	281°	5.55 0.45 nessuno	F 2750 sana	g. 660 norm.	Ricomparsa
27	29 1885	1ª	32	Nulla	Agosto	ultimo giorno 14 luglio	29 aprile	248°	16 2.40 nessuno	F 2470 sana	g. 550 norm.	Nulla

Osservazione	Numero della donna	Numero delle gravidanze	Età	Durata e tipo della febbre prima della gravidanza	Durata e tipo della febbre nella gravid. attuale	Data dell'ultima mestruazione	Epoca del parto dal calendario	Giorno in cui si ebbe il parto	Periodo dilatante ed accidenti	Periodo espulsivo ed accidenti	Peso e sesso del feto e stato	Peso degli annessi e stato	Puerperio
28	27 1885	2ª	23	Un anno prima	Nulla	15-18 giug.	24 marzo	280°	8.55	0.20 nessuno	M 3270 sano	g. 600 norm.	Al 4° giorno
29	26 1885	3ª	33	23 anni prima per la durata di tre anni. Nella 2ª gravid.	Terzanaria nei primi due mesi	17-20 magg. ?	23 febbr. ?	—	8.10	0.10 nessuno	F 3130 sana	g. 460 norm.	Febbre in puerperio scomparsa unicamente con chinacei
30	17 1885	8ª	40	18 anni prima per la durata di 5 mesi	—	21-22 magg.	25 febbr.	276°	3.55	0.35 nessuno	F 3000 sana	g. 500 norm.	—
31	9 1885	2ª	25	4 anni prima per 2 anni	—	12-18 magg.	21 febbr.	—	7	0.15 nessuno	F 2900 sana	g. 490 norm.	—

32	8 1885	2ª	34	Nell'anno antecedente quotidiana	Per 10 giorni non segnata l'epoca	4 magg.	7 febbr.	269°	5 | nessuno	3040 sano	g. 490 norm.	—
33	3 1885	1ª	24	9 anni prima per 5 mesi	Nel 9° mese a a tipo quartanario. Ricomparsa mentre era nella Clinica	15 aprile	19 genn.	269°	4 | 1.15 nessuno	M 3370 sano	g. 580 norm.	Qualche elevazione a 37.9 - nulla di puerperale
34	2 1885	3ª	32	7 anni prima quotidiana per nove mesi	—	11 aprile	15 genn.	271°	23 | 1.30 nulla	M 1850 macer.	g. 520 norm.	—
35	64 1885	2ª	?	—	Dal 5° al 7° mese	5-9 ottob.	15 luglio	293°	— | — spalla embriotomia	F 2100 macer.	g. 390	Lieve infezione settica
36	72 1885	2ª	29	—	Ripetutamente	18-22 nov.	28 agosto	275°	3.45 | 0.15 accesso di febbre all'inizio del parto	M 2420 sano	g. 440 norm.	Accessi in 1ª e 2ª giornata. Scomparsi con il chinino

Osservazione	Numero della donna	Numero delle gravidanze	Età	Durata e tipo della febbre prima della gr vidanza	Durata e tipo della febbre nella gravid. attuale	Data dell'ultima mestruazione	Epoca del parto dal calendario	Giorno in cui si ebbe il parto	Periodo dilatante	Periodo espulsivo	ed accidenti	Peso e sesso del feto e stato	Peso degli annessi e stato	Puerperio
37	77 1885	1ª	31	Un anno prima per un mese	Enorme tumore splenico	12-17 dic.	22 sett.	280°	4.10	0.35	liquido amniotico assai abbondante	M 3840 sano	g. 630 norm.	—
38	79 1885	1ª	29	16 anni prima per la durata di 7 anni	Qualche accesso	9-12 dic.	17 sett.	288°	29.30	3.15	inerzia relativa O.I.D.P. Forcipe allo stretto inferiore	M 3800 sano	g. 450 norm.	—
39	87 1885	3ª	30	—	Per 15 giorni nell'agosto	23-26 genn.	1 nov.	266°	7.50	0.10	nessuno	F 3300 sana	g. 735 norm.	—
40	91 1885	3ª	28	Qualche accesso	Nei mesi di agosto e sett.	18-22 genn.	28 ott.	273°	7.55	0.15	nessuno	F 2370 sana	g. 400 norm.	—

41	103 1885	8ª	45	Ripetutamente anche per 2 mesi di seguito	—	—	—	—	5. | 0.5 nessuno	3750 sano	g. 600 norm.	—
42	104 1885	2ª	23	Un anno prima per un mese	Qualche accesso	primi giorni di aprile	—	—	5. | 0.5 nessuno	M 3400 sano	g. 750 norm.	—
43	1 1886	4ª	28	Ripetutamente terzanario	Quotidiana nel luglio ed agosto	?	—	—	7.30 | 0.30 nessuno	F 2850 sano	g. 350 sani	—
44	109 1885	6ª	34	Da 17 anni e specialmente durante le gravidanze	Accessi ripetuti	12-14 marzo	28 dic.	281°	9.15 | 0.15 nessuno	M 3750 sano	g. 650 norm.	—
45	1 1885	1ª	21	13 anni prima	—	7-10 aprile	14 genn.	279°	6.10 | 0.20 nessuno	M 2800 sano	g. 550 norm.	Accessi leggeri in 3°, 4°, 5° dì

Osservazione	Numero della donna	Numero delle gravidanze	Età	Durata e tipo della febbre prima della gravidanza	Durata e tipo della febbre nella gravid. attuale	Data dell'ultima mestruazione	Epoca del parto dal calendario	Giorno in cui si ebbe il parto	Periodo dilatante	Periodo espulsivo	ed accidenti	Peso e sesso del feto e stato	Peso degli annessi e stato	Puerperio
46	9 1886	1ª	20	—	Otto giorni nel maggio	17-23 aprile	27 genn.	272°	42.15	3	nessuno	M 3400 sano	g. 650 norm.	Nulla
47	10 1886	3ª	23	12 anni prima	Luglio	—	—	—	12.15	—	nessuno	F 2880 sana	g. 570 norm.	—
48	12 1886	1ª	17	—	Nei mesi di luglio, agosto e settembre	—	—	—	16.30	1.30	nessuno	M 2890 sano	g. 620 norm.	—

49	16 1886	1ª	23	—	Nel 1°, 2° e 7° mese	10-15 aprile ?	20 genn.	—	forcipe allo s.° infer. per inerzia V. O. I. S. A.	M 3070 sano	g. 450 norm.	Accesso in 4ª giornata. Terapia solo chinino
50	11 1886	6ª	37	Ripetutamente	Anche nel decorso	11 magg.	20 genn.	287°	9·45 | 1 minuto nessuna	F 2340 sana	g. 400 poca fibrina sul margine placentare	Ricomparsa in 1ª-2ª. Vedasi sotto

III.

1. Una delle prime domande che sorge quasi in modo spontaneo, si è quella che si riferisce alla *immunità* od alla *predisposizione* dell' infezione malarica nello stato di maternità.

Prendiamo dapprima in esame la *immunità:* su questa questione si ebbero risposte poco concordi: si portarono in campo le statistiche, ma ancor queste sono ben lungi dal risolvere la questione; seguendone alcune si dovrebbe concludere che l' infezione palustre nello stato di maternità è rara, badando ad altre che è frequente, ad altre ancora che tanto è frequente da trovarsi costretti a formulare la domanda opposta, e cioè se lo stato di maternità non predisponga all'infezione palustre. Scendendo ai dettagli la diremo rarissima con il Quadrat (2 casi sopra 8639 gravide e puerpere), con il Grenser (1 caso sopra 7389 fra gravide e puerpere), con il Mendel (4 casi fra 9142 gravide e puerpere): contro questi stanno i dati del Lehmann, del Busch e per stare fra le cliniche italiane, quelli della Clinica ostetrica di Roma nella quale sopra 387 gravide che si sgravarono in un semestre « 34 erano affette da influenza malarica più o meno antica, più o meno intensa con tipo diverso; cioè nelle proporzioni dell'8.73 % » così scrive il Dott. Bompiani (1).

Fra estremi cotanto differenti ben difficile riesce il farsi una idea che anche con qualche errore si avvicini al vero: parrebbe che la verità dovesse trovarsi nel mezzo: ma se noi ci rivolgiamo ai fatti osservati in un triennio, e perciò più attendibili da questo punto di vista, di quelli sui quali argomentò il Dottor Bompiani, perchè osservati in un solo semestre, noi ci troviamo con nostra grande meraviglia in un accordo completo con l'ostetrico romano. Ed infatti sopra 350 gravide N. 29 ebbero per tempo maggiore o minore, con tipo ed intensità differenti, accessi di febbre intermittente: sono le donne studiate alle osservazioni: 1, 4, 8, 10, 11, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 29, 32, 33, 35, 36, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 50,

Ora 29 sopra un totale di 350 vuol dire nella proporzione di oltre l'8 % cifra che assai si avvicina a quella segnata dal Bompiani: ma non basta, chè ancor noi dovremmo qui aggiungere che non poche gravide affette da febbre malarica, specie durante i primi mesi, sono considerate come malate comuni e quindi curate ne' comparti medici: qualora anche queste fossero adibite alla maternità, il percento subirebbe un considerevole aumento.

---

(1) Bollettino trimestrale, N. 2, Anno scolastico 1882-83 in *Annali di Ostetricia*, ecc. — Gennaio 1884, pag. 68.

Non basta il notare che 29 gravide ebbero con maggiore o minore intensità la febbre durante la gravidanza, ma giova anche ricercare se questa fosse un fatto nuovo, oppure se dovesse considerarsi quale ricomparsa o riacutizzazione dell'infezione preesistente.

Tale ricerca ha un certo valore, perchè si è parlato, si è scritto da alcuno che lo stato di gravidanza potea anche risvegliare una vecchia infezione palustre. Il Bonfils sopracitato, tra gli altri, scrive infatti a pag. 47-48. « Parmi les nombreux travaux que nous avons consultés, pas un ne fait mention du réveil possible du paludisme sous l'influence de la grossesse » — « Nous avons relevé cependant, parmi nos observations, 9 cas dans lesquels des femmes ayant eu déjà des atteintes du paludisme, de durée et d'intensité variables, furent reprises des manifestations de l'infection malarienne pendant leur grossesse. » — « Une particularité nous semble ressortir des 9 observations relatives au réveil du paludisme sous l'influence de la grossesse c'est que le réveil de la diathèse semble se faire, ordinairement, soit au debut, soit a la fin de la gestation. »

L'A. troverebbe la spiegazione di questa particolarità nella considerazione che al principio della gravidanza si notano in generale disturbi nello stato generale della donna, specialmente dell'apparecchio digestivo, e che alla fine della gravidanza la donna si trova più debole, ora questi disturbi, e questo stato di debolezza potrebbero essere considerati quali cause del risveglio dell'infezione.

Se studiamo le nostre osservazioni con tali criteri, troviamo che in 15 donne comparve per la prima volta la febbre nello stato gravidico (1, 10, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 27, 35, 36, 39, 40, 48, 49), in altre 14 invece la febbre era già stata osservata prima e precisamente nelle osservazioni 4, 8, 11, 26, 29, 32, 33, 38, 40, 42, 43, 44, 47, 50. Finalmente sulla scorta del nostro quadro troviamo 21 gravide nelle quali non comparve mai la febbre durante la gravidanza per la quale domandarono ricovero nella Clinica, sebbene prima per molto o per poco tempo avessero pagato il loro contributo alla febbre palustre (2, 3, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 25, 28, 30, 31, 34, 37, 41, 45).

Queste 21 adunque starebbero contro la idea del risveglio: ma neppure le 14 nelle quali comparve la febbre che s'era già notata prima della gravidanza possono essere chiamate a contributo del risveglio dovuto allo stato di gravidanza, per il fatto che esse non furono sottratte alle cause della infezione; per dedurre che il solo stato di gravidanza sia capace di risvegliare la febbre palustre, sarebbe stato necessario l'averle tolte dall'ambiente nel quale si trovavano, l'averle cioè sottratte alla possibilità di una nuova infezione, o dell'azione continuata dell'antica causa morbosa.

Un ultimo fatto vogliamo far notare al lettore, e cioè la circostanza del trovare gravide affette da febbre specialmente nei mesi di agosto e di settembre,

epoche queste nelle quali in qualche annata la endemia di malaria assume la forma epidemica.

Lo studio dei fatti da noi ricordati ci permette di concludere in modo assoluto *contro la immunità* nello stato gravidico; essi non sono sufficienti a poter permetterci attendibili conclusioni invece sulla *predisposizione* e sul *richiamo* della infezione durante la gestazione.

2. Un secondo punto di ricerca è diretto alla interruzione della gravidanza ed allo sviluppo del feto nel caso di infezione palustre. — È questo un quesito assai complesso, vari fattori entrano qui in campo e riesce ben difficile lo stabilire il *quantum* spetti ad ognuno. Ma anzitutto raccogliamo i nostri casi: passeremo poi in rassegna le idee a questo proposito enunciate da altri clinici.

Consideriamo dapprima il giorno in cui si interruppe la gravidanza nelle nostre donne, poi lo stato e lo sviluppo del feto, e contrapponiamo a questi dati lo stato generale ed il grado della infezione.

Se noi ammettiamo come normale durata della gravidanza un periodo di giorni 280, e se computiamo la gravidanza dall'ultimo giorno dell'ultima ricorrenza mestruale, noi troviamo che delle 50 donne studiate nel quadro suesposto

in 16 mancano i dati
in 2 la gravidanza si sarebbe interrotta prima del 261° giorno (248° e 260°)
in 4 prima del 271° (fra il 261° e 271°)
in 17 avanti il 281° (fra il 271° ed il 281°)
in 11 dopo il 281°.

Da questo risultato si potrebbe trarre a prima vista la deduzione che in sei donne su 34 la gravidanza si sia interrotta prima del 271° giorno, e quindi in maniera prematura o precoce in circa il 18 % dei casi; ma non ci azzardiamo a questa conclusione perchè tolta da troppo scarso numero di osservazioni.

Rispetto allo stato dei nati troviamo feti sani 46, morti in travaglio (ovoide podalico, embriotomia) 2: nati morti macerati 2. Anche qui il trovare un rapporto diretto fra lo stato di macerazione e la infezione palustre non è cosa facile, nè semplice, tanto più se pensiamo che ben differenti sono i fattori della morte del feto durante la gravidanza, dovuti alla infezione palustre: ed infatti può questa essere esclusivamente causa di morte per la esagerata *elevazione termica* (1), oppure per l'estrema *anemia materna*, od infine per azione diretta del *principio infettivo sull'organismo fetale.*

(1) Sul valore dell'elevata temperatura rispetto alla morte del feto si veda un mio prossimo lavoro.

Nei due casi in cui ci trovammo di fronte a feti macerati (oss. 34 e 35) si potevano invocare due dei tre fattori sopra ricordati: e precisamente per la osservazione 34ª si poteva escludere l'elevazione termica perchè durante quella gravidanza la donna non avea mai avuto accessi febbrili; si poteva non invocare la grave cachessia palustre perchè mancante, si doveva unicamente considerare la causa nella infezione palustre come tale; nella seconda osservazione invece l'unico fattore causale capace di darne ragione sarebbe stato negli accessi febbrili che si riprodussero dal 5° al 7° mese.

Ma un'altra considerazione va fatta rispetto allo stato dei nati vivi: il Bompiani parlando delle avvelenate dalla malaria, dopo averne ricordato il colorito, l'aspetto, l'ingrossamento talora enorme della milza, cose tutte che si potrebbero anche ripetere per la maggior parte delle clienti della nostra clinica, soggiunge: « Queste donne per ordinario vengono a sgravarsi in epoca prematura e quand'anco partoriscano a termine, i loro feti non mostrano quasi mai il completo sviluppo per ciò che riguardi la nutrizione generale, così che è rara eccezione che uno di tali feti tocchi i 50 ctm. di lunghezza e i 3250 grammi di peso » (l. c. pag. 69). Questo brano che ho testualmente riportato mi spinse a ricerche su questo proposito: ecco un prospettino del peso dei feti avuti nelle 50 osservazioni:

da grm. 1501 a 2000	N. 1	50
» 2001 » 2500	» 5	
» 2501 » 3000	» 17	
» 3001 » 3500	» 18	
» 3501 in più	» 6	
non considerati (macerati, embriotomie)	» 3	

Ma per essere più rigorosi nel vedere se o meno si possa trarre conclusioni simili a quelle del Bompiani, credo meglio fatto considerare i nati a termine da gravide che ebbero per un tempo considerevole la manifestazioni febbrili dell'infezione: le osservazioni 5, 8, 13, 16, 26, 29, 31, 44, 50 ci danno feti pesanti grm. 3200, 3100, 2800, 2510, 2750, 3130, 2900, 3750, 3340 da cui la media nel peso di grm. 2940, che non solo non tocca i grm. 3250, ma neppure i 3000 grm., risultato questo che verrebbe a confermare quello avuto dal Bompiani.

Contrariamente però all'ostetrico romano noi non possiamo convenire intorno a speciali alterazioni morbose degli annessi fetali; è nostra abitudine di esaminare tutti indistintamente gli annessi per avere una garanzia assoluta intorno alla loro completa espulsione: ora tutte le volte che sugli stessi si trova

cosa appena fuori del comune se ne tiene nota: le cedole cliniche delle 50 osservazioni sopra ricordate sono affatto mute a questo riguardo.

Per concludere noi diremo adunque che la interruzione della gravidanza in modo prematuro o precoce sembra relativamente frequente nelle infette da malaria, come pure l'incompleto sviluppo dei nati a termine.

3. Un terzo rapporto che fu specialmente studiato fra noi per opera del Cuzzi, del Mangiagalli e di altri sta nella ricomparsa di manifestazioni di origine palustre nel puerperio.

Su questo proposito io espressi altra volta le mie idee e non voglio più tornare su quelle (1). Che il fatto sia vero è ormai accertato da osservazioni di molti: il nostro stesso quadro ci mostra che non poche puerpere ebbero accessi febbrili, od elevazioni termiche dovute esclusivamente alla infezione palustre.

Il nostro scopo non sta nel ricordare semplicemente questo fatto, ma piuttosto nel nuovamente dimostrare che il ritorno, la ricomparsa o la continuazione delle manifestazioni palustri durante il puerperio possono assumere talora forme nette e spiccate, tal altra sembianze tanto strane da renderne difficile e talvolta quasi impossibile la diagnosi. Ma anzitutto la parola ai fatti.

Osservazione I.

N. 39 del 1885-86. — Primipara di anni 20, domestica, viene accolta nella clinica il 20 gennaio 1886; fu mestruata per la prima volta a 12 anni e da quell'epoca sempre regolarmente Incerta l'epoca dell'ultima mestruazione. — Ebbe vomito e nausea nei primi giorni di luglio 1885. Nei primi giorni ebbe pure febbre intermittente a tipo terzanario; di nuovo nel 7° mese circa per alcuni dì. Il 20 marzo mentre era nella Clinica fu presa da fortissima nevralgia dentaria con lieve innalzamento nella temperatura (38°), con l'uso del chinino scomparve anche la nevralgia.

Parto il 4 aprile alle 12 3/4 pom., femmina sana, pesante grm. 3450, lunga ctm. 49, annessi pesanti grm. 550; manca un piccolo pezzo di corion che viene espulso dall'utero due ore dopo. Al momento del passaggio del capo fetale si produsse una lacerazione perineale di primo grado.

Le condizioni generali della donna avanti il parto erano discrete, nutrizione buona, mucose abbastanza colorate, milza di poco ingrandita. Subito dopo il parto T. 37.5, P. 68, R. 24.

---

(1) Intorno ad alcuni fatti clinici. — I. La febbre palustre in puerperio. — *Annali di Ostetricia*, 1883.

Puerperio:

1°	m.	37.3	64	18	Mitto spontaneo, affatto normale nel resto.
	s.	37.1	70	20	
2°	m.	36.8	68	20	Utero piccolo, duro, mobile, ventre piano, nessun dolore.
	s.	37.4	80	24	
3°	m.	37.5	64	20	Mammelle un po' dolenti, utero indoloro mobile.
	s.	37.3	80	24	
4°	m.	34	60	20	
	2 p.	38	84	24	
	5 p.				Accusa *brivido leggero* dalle 5 pom. alle 6.
	7 1/4 pom.	39.7			Alvo chiuso da 4 dì. Utero duro mobile indolente. Irrigazione vaginale.
5°	m.	37.5	82	22	Leggera cefalea, nel resto tutto assolutamente normale, la lacerazione *perineale è completamente cicatrizzata.*
	12 m.	38.9			
	2 p.	38.7	88	24	
	5 1/4 p.				*Brivido* della durata di 15 minuti.
	6 p.	40.2			
	9 p.	37.6			*Sudore profusissimo.*
6°	m.	36.8	80	24	Si amministra un grammo e mezzo di chinino solfato dalle 6 alle 8 ant.
	s.	36.7	72	20	

Da questo momento la temperatura non raggiunse più il 37°. — Funzioni puerperali compiutesi secondo norma.

Osservazione II.

La riporto questa dal *Prospetto Clinico per l'anno scolastico 1884-85* (1).

N. 55 del 1885. — Primipara, lavandaia, di anni 29. All'esame oltre alla constatazione della gravidanza, potea stabilirsi ingrandita, dura e sconfinante la

(1) *Annali di Ostetricia*, ecc., 1885, Anno VII.

milza. Mai però avea la donna avvertita febbre preceduta o meno da brivido, seguita o meno da sudore. Il 18 aprile parto a termine di una femmina viva pesante grm. 2860. Nessun accidente.

Puerperio:

1°	m.	37.2	
	s.	37.8	Alle 7 pom. *brivido prolungato.*
2°	m.	39.8	Cefalea vivissima. Nulla in relazione allo stato puer-
	s.	40.2	perale per ispiegare la febbre.
	7 p.	38.9	
3°	m.	36.7	Mammelle, lochi, utero, genitali esterni come di
	s.	39.2	norma. Non ricomparso il brivido.
	n.	39.8	
4°	m.	36.8	Alle 12 mer. chinino grm. 1 1/2.
	s.	37.5	Alle 6 pom. avverte sensazione di freddo, sempre ne-
	n.	40	gativo l'esame dell'apparato genitale.
5°	m.	37.6	Sempre bene e cosi nel 6° e 7° giorno ne' quali la
	s.	37.7	temperatura si mantiene al di sotto di 37.5.
	n.	37.2	

Ricomparsa la febbre in

8ª	m.	40.7	Alle 3 ant. *brivido assai prolungato.*
	s.	40.4	
	n.	39.2	
9ª	m.	37.7	Alle 5 ant. si amministra solfato di chinino grammi
	s.	40.4	uno e mezzo. Nessun brivido nella giornata.
	n.	36.7	

Nei giorni 10° ed 11° apiressia assoluta. Nel 12° la puerpera abbandona il letto per alcune ore, ma alle 7 pom. è colta da brivido che è seguito da elevazione termica a 40°.

13°	m.	38.9
	s.	38.4

14°	m.	40.3	Nelle prime ore del mattino *nuovo brivido.*
	s.	39.1	
	n.	37.5	

Da questo momento apiressia costante fino al momento della uscita dalla clinica.

Osservazione III.

N. 11 del 1886. — Viene accolta il 15 gennaio. Di anni 37, contadina, proviene da un comparto spedaliero nel quale ripetutamente era stata accolta per febbre intermittente e catarro bronchiale. È gravida per la 5ª volta. Le prime tre gravidanze furono portate a termine, la quarta e la quinta in seguito ad eccessivo lavoro corporale si sarebbero interrotte al 5° ed al 6° mese. L'ultimo parto fu 12 anni fa. In base all' ultima ricorrenza mestruale il parto sarebbe segnato per il 14 febbraio.

All'esame istituito il 20 gennaio fu trovata di aspetto oligoemico, giallastra, si constata la gravidanza giunta ne' primi giorni del nono mese, con feto vivo in presentazione di vertice mobile sullo stretto superiore (V. S. A.): si trova edema agli arti inferiori, urina acida, peso 1006, senza albumina.

Il parto avviene prematuramente il 27 gennaio alle 6 3/4; periodo dilatante ore 9 e 45 minuti, espulsivo minuti 1. Nel soprapparto si ebbe a notare vomito insistente.

Subito dopo il parto T. 38.3, P. 82, R. 26. Feto espulso di sesso femminile. grm. 2340. Bp. 84 mill., lunghezza ctm. 48. Annessi integri, grm. 400. — decidua piuttosto grossa.

Puerperio:

1°	ore 2 pom.	38.4	96	40	Morsi uterini. Utero duro, stato di abbattimento, mitto spontaneo — inquieta. *Clistere con 30 goccie di laudano.*
2°	m.	39	100	32	Sudore profuso durante la notte affatto non dormita; diminuiti i morsi dopo il clistere di laudano. L'utero è assai voluminoso, dolentissimo, molle, poco mobile; il ventre è assai disteso, con anse intestinali dise-
	s.	39	104	32	
	n.	38.4	—		

					gnantesi; urina da sè; i lochi sono sanguigni, senza coaguli, affatto inodori. Si pratica una irrigazione endouterina che nulla fa uscire di speciale dalla camera uterina. - Si applica una vescica con ghiaccio all'epigastrio, ed alle 6 pom. si amministra in 4 cartine chinino solfato e segale cornuta polvere ana grm. uno.
3°	m.	36.5	68	24	Sudore profuso nella notte; notte dormita, utero impicciolito assai, anse intestinali meno distese. Due scariche; nelle ore pom. si trova l'utero ancora molto più piccolo, pochissimo dolente, lochi come al solito normali.
	s.	37.4	72	28	
	n.	37.4			
4°	m.	36.6	76	24	Bene in tutto, secrezione lattea avviata, nessuna cura.
	s.	37.8	88	24	
	n.	38.2			

Sempre con temperature massime al di sotto di 37.5; nulla più di speciale nell'apparato genitale. Esce guarita il giorno 11 febbraio.

Se ora ci fermiamo a fare qualche considerazione sopra i tre casi esposti vediamo che la diagnosi dovea essere, come fu infatti, facilissima nel primo caso, ancor facile, sebbene un po' meno, nel secondo, assai difficile per non dire errata nel terzo.

Facilissima l'abbiamo detta nel primo caso: in quella donna la infezione esisteva da tempo: le manifestazioni febbrili comparvero coll'iniziarsi della gravidanza, si mostrarono nuovamente nel settimo mese, e la infezione in modo larvato (nevralgia dentaria) ricomparve negli ultimi dì della gravidanza. — Nel puerperio a decorso affatto normale per quanto riguarda i fatti che propriamente lo riguardano, si notano due accessi febbrili, preceduti da brivido, di corta durata e terminati (specie il secondo) con profusissimo sudore. La terapia

fu nulla dopo il primo accesso; dopo il secondo si diede il solfato di chinina e gli accessi scomparvero: la milza si mostrava alquanto ingrossata.

Nel secondo caso la forma clinica fu alquanto differente; fino dal primo giorno appare un brivido, poi per tutta la seconda giornata la temperatura si mantiene altissima (39.8, 40.2, 38,9) ma con questa si ha vivissima cefalea. Nel terzo giorno la temperatura segna: mattino 36.7, 2 pom. 39, 8 pom. 39.8, non si ebbe brivido, continua forte la cefalea e tuttavia nulla si può trovare nel corpo della donna e specialmente nell'apparato genitale che possa spiegare la febbre: la puerpera racconta di non aver mai avuta febbre a tipo intermittente, tuttavia l'esame mostra ingrandita la milza, e per questa ragione portando la diagnosi di febbre palustre si amministra il solfato di chinina che se non arriva in tempo ad impedire l'accesso del 4° giorno toglie però quelli del 5°, 6° e 7°; ricompaiono poi gli accessi in 8ª, 9ª, 13ª e 14ª giornata ad attestare (se bisogno ve ne fosse stato) che propriamente trattavasi di una forma palustre.

Ma quale differenza se gettiamo uno sguardo sulla 3ª osservazione. — La diagnosi portata non fu già di infezione palustre ma di infezione settica, e la terapia istituita fu quale sarebbe stata in un caso di iniziantisi peritonite: commettemmo un errore sebbene ci sfuggisse il perchè di quel supposto processo infettivo puerperale, convinti come eravamo che quel parto si fosse compiuto nella più asettica assistenza.

E siccome il caso non era per noi nuovo, e siccome altri pratici e clinici eminenti si sono trovati in identiche condizioni, e siccome la cosa sprona a ricercare un mezzo (se mezzo si può avere) che permetta di stabilire prontamente la diagnosi differenziale fra forma settica puerperale ed infezione palustre, domando venìa al lettore se alquanto mi soffermo sull'argomento.

Il Fritsch nel suo aureo *Manuale di patologia e cura delle malattie puerperali*, parlandoci dell'infezione patogena ci ricorda come questa sia quasi sempre accompagnata da un principio di peritonite; si nota sensibilità addominale specialmente ai lati ed in alto verso la regione dei reni; si ha timpanismo, l'utero appare ingrandito, molle fino a conservare l'impronta del dito, aumentato assai nel volume: tale aumento è accompagnato da dolori simili a quello del parto: ne' primi momenti i lochi possono essere ancora affatto normali. — La puerpera ha febbre.

Se noi ci proponiamo di rappresentare con parole lo stato della puerpera che ora è oggetto di studio dovremmo ripetere quanto sopra scrivemmo; anzitutto dobbiamo ricordare come in quella la cachessia palustre fosse manifesta e come ripetutamente anche del decorso della gravidanza fosse stata obbligata a riparare nello spedale per febbre intermittente e catarro bronchiale (relazione vocale del curante).

Il parto avviene ed è prematuro; il feto pesa soli grm. 2340 e viene espulso vivo; ma nonostante che il parto avesse avuto un decorso rapidissimo, si trova già al suo finire la temperatura elevata a 38.3. Questa temperatura si eleva ancora di poco alla sera del 1° dì e nel secondo segna: mattino 39, 2 pom. 39.1, 8 pom. 38,4. Ma nel frattempo i fenomeni dal lato dell' addome riproducono alla lettera le descrizione riportata di sopra dal Fritsch: è impossibile il riprodurre con parole la impressione che potea fare lo stato della puerpera: e sotto il peso di questo stato (sebbene, lo ripetiamo, certi dell' asepsi) fummo quasi controvoglia indotti ad una terapia locale, irrigazione endouterina, applicazione di vescica con ghiaccio sull'ipogastrio; inutile il dire che nulla uscì dal cavo, uterino, se non l'acqua iniettata affatto limpida.

Notiamo intanto che prima ancora della amministrazione del solfato chinina con segale, la temperatura era discesa a 38.4, e che nel giorno successivo questo si mantenne a 36.5, 37.4, che contemporaneamente a ciò quasi per incanto scomparvero tutti i funesti segni da parte dell'addome.

Prevedo già l'obbiezione che qualcuno potrebbe muovere dicendo: era una forma settica all' inizio vinta dalla cura locale. Questa stessa osservazione l' ho fatta a me stesso e prima di aver osservato questo caso: altre due volte mi sono trovato in analoghe condizioni, ma mentre in una si gridò quasi al miracolo per i grandi e salutari effetti della cura locale, nell'altra si si accontentò di amministrare il solfato di chinina trascurando affatto la cura locale ed il risultato fu altrettanto pronto e felice; anzi mi è nato il dubbio che non poche forme da me ritenute ne' primi tempi in cui mi trovava preposto alla clinica novarese, quali forme settiche puerperali, e nelle quali la cura locale agiva quasi per incanto, fossero invece dovute unicamente all'infezione palustre.

Nel nostro caso non avremmo trovato un rapporto proporzionale fra causa ed effetto ammettendo che la improvvisa guarigione fosse dovuta alla cura locale; d'altronde il passato della donna, la certezza dell' assistenza asettica, la mancanza di qualsiasi altra affezione settica, fosse pure lieve, nella clinica, ci persuasero sempre più dell'erronea diagnosi e cura dapprima stabilite.

Ma questo, lo ripetiamo, avvenne ad altri di noi molto più sperimentati, meglio istrutti e maestri a coloro che sanno (1); nella tesi stessa del Bonfils sono ricordati casi simili che unicamente doveano la loro essenza all' infezione palustre.

L'errore adunque sembra più dovuto alla mancanza di un mezzo atto a permetterci fino dall'esordio la diagnosi differenziale fra queste due forme infettive; le scienze ausiliarie non sanno soccorrere in ciò l'ostetrico ed il medico?

---

(1) Si veda Mangiagalli: La malaria nello stato di maternità. — *Ann. di Ostetricia*, ecc., 1883.

A noi sembra che se non in oggi, certo fra non molto tempo, la scienza che in modo sorprendente progredisce, verrà in aiuto per la soluzione del problema: ci induce a ciò un lungo ed interessante lavoro che sta vedendo la luce della *Gazzetta Medica Italiana Lombardia* appartenente all'infaticabile Dottor Bareggi. Il lavoro porta il titolo: *Di un semplice e facile metodo diagnostico differenziale delle malattie infettive più comuni fino dal loro esordire.*

Come il lettore può immaginarsi si basa sull'esame del sangue tolto da uno delle dita dell'ammalato; l'esame è triplice: esame immediato per la ricerca dei microrganismi, studio dell'aspetto macroscopico delle colture, studio microscopico degli organismi sviluppatisi nelle culture stesse.

Se le conquiste odierne della scienza sono nel vero, se le forme infettive sono dovute tutte alla presenza di speciali microrganismi nel sangue, perchè ne' casi dubbi che ora ci occupano non potremo noi far valere anche questo mezzo di indagine? Non sarà a noi dato in allora di meglio e più prontamente indirizzare la terapia?

Certo che il processo insegnatoci dal Bareggi non è affatto semplice, richiede speciali accorgimenti, ma esso verrà di certo reso in avvenire più semplice e come tale potrà diffondersi tra i medici, e col tempo diventare mezzo quasi comune di diagnosi (1).

Resterebbero finalmente altre considerazioni rispetto ai tanti altri argomenti di studio surricordati, ma tali ricerche lasciamo ad altri il compiere per non incorrere nella colpa di voler troppo dedurre, da troppo piccol numero di fatti.

Novara, Aprile 1886.

---

(1) Si veda anche: Bareggi. Contributo alla diagnosi delle malattie infettive (*Gazz. degli Ospitali,* N. 32 e segg., Milano, 1886) e Nechauss. Dimostrazione dei bacilli del tifo nel vivo (id. id, N. 30 e particolare nota del Bareggi stesso).

LE ELEVATE TEMPERATURE NEL CORSO DELLA GRAVIDANZA

ricerche sperimentali

del Dott. PAOLO NEGRI

Professore-Direttore della Scuola pareggiata di ostetricia in Novara

---

Noi dobbiamo fare anzitutto una dichiarazione la quale risponda in maniera anticipata alle osservazioni ed agli appunti che potessero venirci mossi da qualcuno: noi non ci occupiamo nel presente scritto per nulla di tutto quello che fu fatto nella parte strettamente clinica, per lo studio delle elevate temperature nel corso della gravidanza: per questa parte rimandiamo il lettore alle non poche memorie speciali pubblicate sull'argomento, ai recenti e completi trattati di ostetricia ove più o meno estesamente se ne fa cenno. Lavoro esclusivamente sperimentale il presente studio parte da altre ricerche sperimentali: anche in questo riguardo noi tralasceremo la parte così detta storica della questione, e solo ricorderemo i procedimenti ed i risultamenti ottenuti da due sperimentatori, le cui conclusioni troppo discordi ci invogliarono a nuove ricerche che per tale ragione crediamo ancora giustificate. Così dicendo noi abbiamo voluto ricordare gli studi del Runge e quelli del Doré.

In due parti si divide il presente scritto: nella prima noi brevemente ricorderemo i procedimenti e le conclusioni formulate dai due citati autori; nella seconda sarà nostra cura l'esporre la via seguita nello sperimento e le risultanze ottenute da noi stessi.

I.

Lo studio del Runge data dal 1877. Le sue ricerche furono fatte sopra coniglie gravide, specialmente verso il termine: era sua intenzione studiare l'influenza delle elevate temperature sopra la vita del feto: il procedimento usato si può

riassumere così: gli animali tenuti legati venivano introdotti in una stufa nella quale la temperatura poteva in pochi minuti essere portata fino a 50 gradi centigradi. Tale apparecchio veniva riscaldato a gaz. — Per ottenere temperature pressochè costanti R. innalzava od abbassava la temperatura dell'ambiente aumentando o diminuendo l'intensità della sorgente di calore, aprendo o chiudendo le porte dell'apparecchio, estraendo ed anche raffreddando artificialmente gli animali: per constatarne la temperatura venivano collocati dei termometri nell'orecchio, vagina, retto, che potevano essere ispezionati dall'esterno. Per conoscere infine lo stato del feto praticava in un dato momento l'operazione cesarea e deduceva lo stato di vita o di morte dal respirare o no che faceva il piccolo animale, dal muovere o meno le estremità in seguito a stimoli meccanici. In tal modo praticò 25 sperimenti dai quali sarebbe venuto alle conclusioni seguenti:

1° che la temperatura del feto anche nei casi in cui la temperatura della madre è superiore alla normale, sorpassa sempre di qualche decimo di grado quella materna;

2° che in tal caso il feto è morto per il fatto della elevazione termica, prima ancora della morte della madre;

3° che una temperatura materna di 41.5, anche di breve durata, è sempre mortale per il feto.

Il modo di ricercare seguito dal Runge non poteva non incontrare le critiche di qualcuno, e queste vennero infatti, e non senza ragione dal Doré. Egli scrive: « Runge n'a pas, un effet, réuni les conditions ordinaires de la fièvre avec ses rémissions et ses exacerbations. Il n'a expérimenté que la température anormale de courte durée et dont l'influence a été rarement prolongée au delà d'une heure » (pag. 148, l. c.) (1).

Analizzando poi il procedimento trova che il Runge non tenne conto del fatto che chiudendo un animale in una stufa ad aria calda e secca, essendo disturbate le funzioni cutanee si avea un accumulo di calore capace di portare per l'azione sul sistema nervoso riscaldato rapidamente quanto le altre parti, disturbi circolatori gravi, emorragie inter-utero placentari, alterazioni nel circolo fetale, ecc. Trova inoltre errato il fatto di mettere gli animali in stufe scaldate a 50° gradi, per poi artificialmente raffreddarli. Ricordando tutto ciò il Doré in unione al Doléris intraprese una ricca serie di ricerche: esse furono praticate con una stufa ad aria la cui temperatura poteva essere facilmente regolata; essi presero sempre la temperatura rettale, estraendo gli animali dalla stufa avendo

---

(1) *De l'influence de la température sur la vie du fœtus et sur la marche de la gestation.* — *Archives de Tocologie,* Marzo-Aprile 1884.

l'osservazione dimostrato che la stufa non perdeva della sua temperatura e che l'animale anche estratto manteneva per almeno 15 minuti la temperatura assunta. Inoltre gli esperimentatori cercarono di evitare tutte le cause che all'infuori del calore potessero agire sul feto; aveano cura per questo di far respirare un'aria ora moderatamente impegnata di vapore d'acqua, ora secca e di rinfrescare intermittentemente gli animali per riprodurre, per quanto possibile, le condizioni della febbre.

In una prima serie di esperienze il Doré seguì la via del Runge: portò cioè la temperatura della stufa a limiti altissimi: 62°, 50°, 57°, 49°, in altre parole cercò piuttosto che l'azione delle elevate temperature, quella del riscaldamento eccessivo; tuttavia anche così procedendo la conclusione del Doré (tratta da quattro esperimenti) sarebbe dissimile da quello del Runge poichè mentre l'autore tedesco afferma che i feti cessano di vivere quando la temperatura materna tocca 41.5, in due esperimenti il Dorè ebbe due feti vivi non ostante che le temperature materne montassero a 42 e 44.8. Egli invece nota che tutte le volte che l'eccessivo riscaldamento si prolunga troppo, si notano lesioni placentari apprezzabili.

Per consiglio del Doléris in una seconda serie imprese ricerche a temperature più basse ma però sempre superiori a quella media dell'animale. In cinque esperimenti mantenne la stufa alle temperature di 44°, 43°, 42°, 41°, 40°. Da queste osservazioni anzitutto deduce che le coniglie in istato di gravidanza presentano una resistenza individuale assai differente di fronte agli effetti dell'iperiscaldamento. In una esperienza (VII) la gravida ebbe una temperatura superiore a 41°.5 per 55 minuti, e tuttavia 5 giorni dopo si sgravò di 6 piccoli vivi. Nella sperienza IX (temp. massima 44°.2, e per più di due ore oltre 43°,5) si ebbe il parto a termine di 10 fetini morti ed in via di macerazione. Da questi risultati appaiono ancora differenze e fra gli effetti diretti sulle madri e sui feti delle elevate temperature fra le ricerche del Runge e quelle del Doré.

Ma veniamo alla terza ed ultima serie, quella chè secondo noi è improntata ad un modo più razionale e più scientifico di ricerca. In questa le esperienze furono fatte tenendo gli animali nella stufa a temperature *inferiori a quelle del corpo dell'animale* e scrive il Doré (pag. 249): « Nous sommes ainsi arrivé à un resultat experimental nouveau, en ce qui concerne la température des animaux privés de transpiration cutanée, plongés dans un milieu échauffé à 32°, 35° e 38°, chiffres inférieurs à celui de leur température propre. Ce résultat est que dans nn étuve chauffé de 32 à 35, la température d'une lapine, qui est normalement de 39° par exemple, peut s'élever au bout d'un temps variable, de 3 degrés au-dessus de cette normale. »

Dalle ricerche intraprese il Doré tira le seguenti conclusioni:

1° Le temperature elevate ottenute col mezzo di un brusco e prolungato iperscaldamento. sono rapidamente mortali per la madre e per il feto.

2° Una temperatura oscillante fra 41°.5 a 42° *non porta fenomeni morbosi gravi negli animali su cui si esperisce e non porta mai la morte del feto.*

3° Una temperatura di 43° ottenuta con uno scaldamento lento e progressivo e mantenuta per poco tempo, non porta effetti spiacevoli nè sul decorso della gravidanza, nè sulla vita del feto.

4° La sola ipertermia è insufficiente a provocare l'aborto od il parto prematuro, poichè *questi accidenti mai vedemmo sia che le madri sieno morte, od abbiano resistito all'azione del calore.*

5° Esistono grandi differenze individuali negli animali della stessa specie sia rispetto alla temperatura normale che alla rapidità del riscaldamento ed al grado di temperatura acquisito in un dato tempo*, ad una determinata temperatura.

II.

Esposto così lo stato della questione vediamo quali furono le ricerche da noi intraprese ed anzitutto con quale intendimento. Delle varie ricerche possibili noi ci restringemmo a due sole: vedere la influenza delle temperature elevate della madre e segnatamente di quelle superiori a 41.5°, sopra il feto: studiare questa stessa influenza di fronte alla possibile interruzione della gravidanza.

Ed ecco come procedemmo in questa duplice ricerca.

Facemmo uso di una stufa paragonabile in tutto ad una incubatrice: risulta essa di una doppia cassa metallica privata di una parete la quale è sostituita da una lastra di vetro mobile in senso verticale; questa parete mobile serviva e per la introduzione degli animali e per l'osservazione degli stessi e per il libero ingresso dell'aria necessaria alla respirazione: la capacità della cassa interna è di circa 36 litri: nella parete superiore esiste una apertura per la quale viene introdotto un termometro il cui bulbo corrisponde al centro della cameretta. Il mezzo di riscaldamento era offerto dall'acqua riscaldata in modo che i vapori raccogliendosi fra le due casse interna ed esterna, portasssero l'aria della cassa interna alla temperatura voluta. Con facilità noi ebbimo nelle nostre esperienze temperature oscillanti fra 32° e 38° gradi centigradi: ci fu facilissimo il regolare tale temperatura con l'opportuno innalzamento od abbassamento della fiamma di una consueta lucerna a petrolio rappresentante la nostra sorgente di calore.

Ad evitare effetti indipendenti dalla solo elevata temperatura procurammo

che lo scambio d'aria necessaria per la respirazione fosse generoso; e ciò ottenemmo tenendo la porta, o parete mobile, più o meno sollevata a seconda del caso, in guisa che molte volte gli animali durante l'esperienza potevano prendere attraverso la fessura piuttosto ampia, direttamente l'aria dallo esterno.

Mai legammo gli animali: furono sempre e prima e dopo l'esperienza tenuti liberi in ampia stanza: le temperature furono sempre prese nel retto, mediante un comune e piccolo termometro clinico: fu usato sempre lo stesso termometro in tutti i casi. Aggiungiamo che l'aria della stufa era sempre mediocremente umida.

Ciò premesso istituimmo anzitutto delle sperienze atte a dimostrarci l'influenza delle ripetute elevazioni termiche sullo stato generale di animali della stessa specie di quelli che prendevamo poi per le esperienze, indipendentemente dallo stato di gestazione. Questo noi credemmo necessario per la seguente ragione: oltre l'azione sullo stato del feto, volevamo studiare l'importanza della temperatura elevata sul decorso della gravidanza: ora se questa per caso si interrompeva, tal fatto era unicamente dovuto all'azione dell'agente calore o non poteva piuttosto considerarsi quale un effetto dello stato generale più o meno alterato in seguito ai ripetuti accessi di temperatura elevata? Non potevamo rispondere nè sciogliere tal dubbio se non sperimentando nelle precise condizioni, nelle quali venivamo a cimentare animali della stessa specie in istato di gravidanza. Ciò facemmo nelle sperienze I, II e III che costituiscono la prima serie. — Eccole:

Serie I.

Osservazione I.

Bella coniglia di media statura ritenuta gravida da pochi giorni.

Esperienza I. — 5 aprile 1886:

4, 20	pom.	stufa	33°	T. rettale iniziale	39.3
5, 30	»	»	34°		
6, 15	»	»	34°	»	41.2

Si nota respiro assai frequente

7, 30	pom.	stufa	35°		
8. 20	»	»	32°	»	42.3

sta sdraiata col muso alla fessura di ingresso dell'aria; emette feci ed urina. — alle 8, 20 si mette in libertà.

Esperienza II — 6 aprile:

11, 10 ant.	stufa	35°	T. iniziale	rettale	38.9
1 pom.	»	35°	»	rettale	41.1

suda profusamente, respiro assai frequente.

3, 15 pom.	stufa	34	T. rettale	41.1

ancora respiro frequentissimo e sudore profuso; si mette in libertà.

Esperienza III — 7 aprile:

10, 40 ant.	stufa	33°	T. iniziale		39.1
12, 10 pom.	»	36°	»	rettale	41.1
1 »	»	34°			
2 »	»	36°	»	»	41.4 1/2
3 »	»	32°			
5 »	»	35°	»	»	41.5

come al solito respiro frequentissimo e sudore profuso.

Esperienza IV — 9 aprile:

10, 45 ant.	stufa	33°	T. 39.4
12 m.	»	36°	
2 pom.	»	35°	» 41.7

assai inquieta, respiro frequentissimo

4.45 pom.	stufa	37°	» 43.1

è accasciata: si lascia libera.

Esperienza V — 11 aprile:

10, 20 ant.	stufa	29°	T. iniziale		39.6
11, 20 pom.	»	35°	»	rettale	39.3
1 »	»	34°	»	»	40.4
5 »	»	35°	»	»	40.1

non risentì quasi effetti nocivi dall'esperienza.

Esperienza VI — 12 aprile:

11, 15 ant.	stufa	31°	T. iniziale		38.9
1 pom.	»	35°	»	rettale	41.6
3 »	»	37°	»	»	42.2

respiro frequentissimo e brevissimo; non emise feci, non urine, non sudò.

Esperienza VII — 14 aprile:

11 ant.	stufa 33°	T. iniziale 39.5
5 pom.	» 36°	» rettale 41.9

respiro frequentissimo, sudore profuso.

Esperienza VIII — 18 aprile:

10, 50 ant.	stufa 31°	T. iniziale 39.3
1, 55 pom.	» 37°	» rettale 42.6
3, 50 »	» 36°	» » 41.9

soffre assai; si mette in libertà.

Esperienza IX — 21 aprile:

10 ant.	stufa 29°	T. iniziale 39.5
12, 30 pom.	» 38°	» rettale 42.8

respiro frequentissimo, sudore profuso.

Esperienza X — 24 aprile:

11. 45 ant.	stufa 37°	T. 38.7
12. 30 pom.	» 37°	
2. 10 »	» 37°	» 42.7

si mette in libertà; alle 4 pom. la T. è di 38.6.

Il 4 maggio si trova in ottimo stato di salute. Da un mese che è in osservazione si è meglio nutrita — il ventre non si è per nulla sviluppato — non è gravida.

Osservazione II.

CAVIETTA BENE SVILUPPATA

Esperienza I — 5 aprile;

4, 20 pom.	stufa 33°	T. 38.1
8, 20 »	» 35°	» 39.9

Esperienza II — 6 aprile:

11, 10 ant.	stufa 35°	T. 38.6
1 pom.	» 35°	» 40.9

Esperienza III — 7 aprile:

10, 40	ant.	stufa 33°	P. 38.5
5	pom.	» 35°	» 40.2

Esperienza IV — 9 aprile:

10, 45	ant.	stufa 33°	P. 38.5
4, 15	pom.	» 37°	» 41.1

Esperienza V — 13 aprile:

10, 30	ant.	stufa 30°	T. 38.4
12, 50	pom.	» 35°	» 41.1
3, 20	»	» 35°	» 40.9

Esperienza VI — 16 aprile:

11	ant.	stufa 33°	P. 38.1
5, 30	pom.	» 30°	» 41.9

Esperienza VII — 18 aprile:

10, 50	ant.	stufa 31°	T. 38.3
1, 55	pom.	» 37°	» 41.8
3, 50	»	» 36°	» 41.7

Esperienza VIII — 21 aprile:

10	ant.	stufa 29°	T. 38.4
12, 30	pom.	» 38°	» 42.8

In ogni esperimento si mostrano i fenomeni consueti da parte dell'apparato respiratorio, della pelle e dell'apparato urinario ed intestinale.

Il 3 maggio gode ottima salute.

Osservazione III.

Cavietta discretamente sviluppata.

Esperienza I — 10 aprile:

11	ant.	stufa 32°	T. iniziale 37.5
1	pom.	» 33°	» rettale 39.9
4, 30	»	» 34°	» » 39.3

Esperienza II — 13 aprile :

11, 30 ant.	stufa 30°	T. iniziale	38.2
12, 50 pom.	» 35°	» rettale	40.7
3, 20 »	» 35°	» »	40.2

Esperienza III — 19 aprile :

10, 45 ant.	stufa 28°	T. iniziale	37.5
1 pom.	» 37°	» rettale	41.8
2 »	» 36°	» »	41.4
5 »	» 38°	» »	42.8

Esperienza IV — 21 aprile :

10 ant.	stufa 29°	T. iniziale	38.4
12. 30 pom.	» 38°	» »	41.6

Presentò gli stessi disturbi notati ne' casi antecedenti. Il 3 maggio gode completa salute.

Dalle tre esposte osservazioni noi possiamo dedurre che ripetute elevazione termiche oltre il 41°.5 a 42° e perfino a 43° purchè non abbiano una lunga durata, e purchè sia assicurato un abbondante scambio di aria per il compimento della respirazione, non hanno sinistre influenze sullo stato generale delle coniglie e cavie sulle quali si vengono a praticare le osservazioni sperimentali.

Fatti certi di ciò noi eravamo tranquilli nella interpretazione delle esperienze che andavamo compiendo sopra cavie e coniglie nello stato di gravidanza.

La Serie II delle nostre osservazioni comprende le ricerche fatte sopra otto animali (sei coniglie e due cavie). Esponiamo dapprima i fatti.

Serie II.

Osservazione I.

CAVIA GRAVIDA A TERMINE.

Esperienza I — 6 marzo 1886:

10, 45 ant.	stufa 33°	T. iniziale 37.9		
12, 45 pom.	» 35°	» rettale 39.9		
1, 23 »	» 35°			
1, 42 »	» 35°			
2, 30 »	» 35°			
2, 45 »	» 36°	»	»	40

Presentò i seguenti fenomeni: prostrazione, acceleramento nella respirazione. Defecò; emise le urine.

Esperienza II — 7 marzo:

9, 25 ant.	stufa 32°	T. iniziale 38.2		
10, 30 »	» 31°			
11, 20 »	» 36°	» rettale 40.4		
12, 6 pom.	» 37°			
1, 18 »	» 37°	»	»	40.6

Alle 12 mer. la respirazione si è fatta assai frequente: avvicina il muso alla fessura d'ingresso dell'aria. Alle 1, 18 avviene la espulsione di tre piccoli vivi con tutti i caratteri del completo sviluppo, pesanti complessivamente gr. 220. Qualche giorno dopo godono ancora tutti buona salute.

Osservazione II.

GROSSA E BELLA CONIGLIA GRAVIDA OLTRE ALLA METÀ.

Esperienza I — 25 marzo 1886:

11, 5 ant.	stufa 33°	T. iniziale 37.6		
1 pom.	» 34°	» rettale 39.7		
3 »	» 34°	»	»	40.6
5 »	» 34°	»	»	40.8

Si osservò durante l'esperienza: respiro frequentissimo, sudore, un po' di cianosi alla mucosa delle labbra, emissione di feci e di urine.

Esperienza II — 26 marzo 1886:

11	ant.	stufa	32°	T. iniziale	37.5
1	pom.	»	35°	» rettale	39.7
2	»	»	35°	» »	40.8
4	»	»	35°		
5	»	»	35°	» »	41.5

Si notò: respiro frequentissimo, perdita di molte mucosità dalla bocca, emissione di feci ed urine, indebolimento generale.

Il 27 marzo sta assolutamente bene.

Esperienza III — 28 marzo:

11 ant. Al momento in cui si incomincia la esperienza pesa grm. 3670 — stufa 32° — T. iniziale 37.9.

12	m.	stufa	31°	T. rettale	39.4
1, 30	pom.	»	35°	» »	40.6
3	»	»	34°	» »	41.8
3, 30	»	»	34°	» »	41.3

Si mostra assai prostrata con respirazione brevissima, suda molto, esce bava dalla bocca. Pesata, si trova una diminuzione di gr. 55; si mette in libertà.

29 marzo. Si trovano sparsi sul pavimento della stanza nella quale fu chiusa, num. 9 piccini di sviluppo inferiore a quello dei nati a termine; pesano complessivamente grm. 360. L'autopsia mostra che 3 hanno completamente respirato, uno incompletamente, 5 non hanno aria nei polmoni; nessuno dei caratteri della macerazione in quelli che non hanno respirato.

Osservazione III.

Piccola coniglia gravida oltre alla metà.

Esperienza I — 24 aprile:

12	ant.	stufa	30°	T. iniziale	38.5
11	»	»	36°		
11	m.	»	37°		
12, 30	pom.	»	36°.5	» rettale	42.6

Respiro frequentissimo, suda assai, si mette in libertà.

Esperienza II — 25 aprile:

10	ant.	stufa 30°	T. iniziale 38.5	
11	»	» 33°		
12	m.	» 36°		
12, 30	pom.	» 36°	» rettale 42.2	

Come nella prima esperienza si nota: accasciamento. respirazione frequentissima, sudore, bava dalla bocca.

Esperienza III — 26 aprile:

9, 39	ant.	stufa 30°	T. iniziale 38.4
10, 30	»	» 36°	
11, 30	»	» 37°	» rettale 42.2

Anche in questa esperienza i consueti fenomeni.

29 aprile alle 9 ant. — Si trova espulso un fetino lungo ctm. 10, pesante gr. 18. Alla sezione mostra incompleta respirazione; alle 11 ant. si trovano un 2° ed un 3° fetino; all'1 pom. un 4° ed un 5°; all'1,28 pom. un 6°, complessivamente pesano circa 90 gr. Nessuno manifesta traccia di respirazione. L'ultimo appena espulso non mostrò accenno di funzione cardiaca. Tutti presentano caratteri di recentissima morte e di manifesta prematuranza.

Osservazione IV.

Coniglia piccola in corso di gravidanza (inoltrata).

Esperienza I — 24 aprile:

10	ant.	stufa 30°	T. iniziale 38.7
11	»	» 36°	
12	mer.	» 37°	
12, 30	pom.	» 36°.6	» rettale 41.8

Il respiro è frequentissimo, suda profusamente, si lascia libera.

Esperienza II — 25 aprile:

10	ant.	stufa 30°	T. iniziale 38.3
11	»	» 33°	
12	mer.	» 36°	
12, 30	pom.	» 26°	» rettale 42.2

Presenta eguali fenomeni notati nell'esperienza I, si mette in libertà.

Esperienza III — 26 aprile:

9, 36 ant.	stufa 30°	T. iniziale	38.5
11, 35 »	» 37°	» rettale	42.2

Non presenta fenomeni speciali oltre ai consueti già notati nelle esperienze precedenti. Si mette in libertà.

Esperienza IV — 1 maggio:

9, 30 ant.	stufa 33°	T. iniziale	38.6
10, 30 »	» 33°	» rettale	40.5
11, 30 »	» 37°	» »	41.4

Presenta i consueti fenomeni; si lascia libera.

3 maggio — Si trovano espulsi num. 6 piccini vivi a termine del peso complessivo di gr. 120; vivacissimi.

Osservazione V.

Grossa coniglia in corso di gravidanza.

Esperienza I — 28 aprile:

9, 20 ant.	stufa 29°	T. rettale	39.3
10 »	» 33°		
10, 30 »	» 35°		
11; 26 »	» 36°	» »	43.2

La respirazione è andata facendosi sempre più frequente e breve; la coniglia sta distesa, accasciata; è letteralmente bagnata; perde abbondantissima bava dalla bocca. Alle 11,26 constatata l'altissima temperatura: si mette in libertà.

Esperienza II — 29 aprile:

10. 50 ant.	stufa 36°	T. rettale	39.6
12 mer.	» 36°	» »	42.4

A quest'ora la coniglia sta completamente distesa, eccitata, si muove ma a stento; perde bava dalla bocca; è assolutamente bagnata; si toglie e si trova la T. rettale elevata a 42.4; si mette in libertà.

Esperienza III — 30 aprile:

10, 35 ant.	stufa 34	T. iniziale	39.7
11, 15 »	» 36°		
11, 45 »	» 36°	» rettale	42.4

Fenomeni consueti riprodotti; spiccata la frequenza del respiro e la perdita di bava. T. 42.4.

Esperienza IV — 2 maggio:

9, 23 ant.	stufa 27°	T. iniziale	39.5
10, 23 »	» 33°		
10, 50 »	» 34°	» rettale	40
11 »	» 35°		
11, 30 »	» 37°	» »	40.8
12 mer.	» 38°		
12, 30 »	» 38°	» »	42.4

Respiro frequentissimo; suda: perde abbondante bava dalla bocca; si mette in libertà.

Esperienza V — 6 maggio

11 . ant.	stufa 35	T. iniziale	39.2
12, 40 pom.	» 36	» rettale	43.4

Prostrata; sudò profusamente. — Soliti fenomeni da parte del circolo e del respiro.

Esperienza VI — 9 maggio:

8. 30 ant.	stufa 29°	T. rettale iniziale	39.7
10, 20 »	» 36°	» » »	41.7

La coniglia è inquieta — respiro frequentissimo; suda assai; si mette in libertà.

Il giorno 17 si sacrifica la coniglia. Aperto l'addome e spaccato l'utero si estraggono 6 feti che si muovono e respirano tutti; pesano complessivamente gr. 275, in media gr. 46 ciascuno. Si potevano considerare prossimi al termine ed alcune ore più tardi 5 erano ancora vivi e vivaci.

Osservazione VI.

Piccola coniglia in corso di gravidanza.

Esperienza I — 28 aprile:

9, 20	ant.	stufa	29°	T. rettale	39.3
10	»	»	33°		
10, 30	»	»	35°		
11. 30	»	»	36°	» »	42.4

Suda assai; respiro frequentissimo; si muove a stento; perde bava dalla bocca. Si mette in libertà.

Esperienza II — 29 aprile:

10, 50	ant.	stufa	36°	T. rettale	39.3
20	mer.	»	36°	» »	42.4

Si presenta più prostrata di ieri; respiro assai frequente; battito cardiaco non numerabile. Si mette in libertà.

Esperienza III — 30 aprile:

10, 35	ant.	stufa	34°	T. rettale	39.5
11, 15	»	»	36°		
11, 48	»	»	36°	» »	41.8

Presenta i fenomeni notati negli altri dì; si mette in libertà.

Esperienza IV — 3 maggio:

10. 40	ant.	stufa	33°	T. iniziale	39
12. 10	pom.	»	36°	» rettale	41.2
1	»	»	37°	» »	42

Presenta i soliti fenomeni e si lascia libera.

Esperienza V — 6 maggio:

11	ant.	stufa	35°	T. rettale iniziale	39.6
12, 40	»	»	36°	» »	43

Ha sudato assai; respiro frequentissimo; battito cardiaco non numerabile; assai prostrata.

Esperienza VI — 9 maggio:

8, 30 ant.	stufa 29°	T. rettale iniziale	39.8
10. 20 »	» 36°	» » »	42.5

Batte i denti; respiro assai frequente; suda assai; si mette in libertà.

Il giorno 17 maggio si pratica l'operazione cesarea. Si estraggono 5 fetini; tutti presentarono manifesti segni di vita; erano però prematuri. pesando complessivamente soli gr. 55 (media 11 gr).

Osservazione VII.

GROSSA CONIGLIA GRAVIDA QUASI ALLA FINE.

Esperienza I — 4 maggio:

9 ant.	stufa 26°	T. iniziale	39
10, 30 »	» 34°	» »	40.7
11, 40 »	» 36°	» »	41.8

Di speciale notasi: respiro frequente, perdita di bava; si mette in libertà. Alle 3 pom. la T. è discesa a 39.

Esperienza II — 4 maggio:

4 pom.	stufa 30°	T. iniziale	39
6 »	» 36°	» rettale	41.9

Anche in questo esperimento si ebbero: respiro frequentissimo, sudore e perdita di bava dalla bocca.

Esperienza III — 5 maggio 1886:

9, 30 ant.	stufa 30°	T. iniziale rettale	39.1 1/2
10, 30 »	» 34°		
11, 17 »	» 36°	» rettale	40.8
12, 10 pom.	» 38°		
12, 15 »	» 39°	» »	42.2

Sudò poco; l'unico segno fu la respirazione frequentissima.

Esperienza IV — 6 maggio:

1	pom.	stufa	36°	T. rettale	iniziale	39.5
2, 30	»	»	37°	»	»	» 41.5
3	»	»	35°			
3, 20	»	»	36°	»	»	» 41.9 1/2

Respiro frequentissimo, perdita di bava.

Esperienza V — 10 maggio:

9	ant.	stufa	31°	T. rettale	iniziale	39.6
9, 30	»	»	34°			
10, 30	»	»	37°			
10, 40	»	»	36°	»	»	» 41.8

Mostra di soffrire assai; respiro frequente; sudore profuso.

Esperienza VI — 11 maggio:

9, 30	ant.	stufa	28	T. iniziale	rettale	39.6
10, 30	»	»	37°			
10, 30	»	»	36°			
12	mer.	»	37°	»	»	41.6

Ha sudato; respiro come al solito.

Il 17 maggio epoca nella quale in base alla durata della gravidanza, la coniglia avrebbe già dovuto partorire, si pratica l'operazione cesarea; eccone il reperto: l'utero si presentava di un colore bianchiccio; spaccato quello di sinistra si trovò pieno di una sostanza biancastra di consistenza poltacea, attaccaticcia, ed entro a questa un fetino molto piccolo e con segni di morte avvenuta da tempo. L'utero di destra era molto meno sviluppato, ed anche in esso si conteneva un po' di sostanza poltacea simile a quella notata nell'altro. Nulla di anormale nel resto dell'apparato genitale.

Osservazione VIII.

Cavietta gravida.

Esperienza I — 8 maggio:

9	ant.	stufa	28°	T. iniziale	37.9
11	»	»	37°	» rettale	41.9

Assai inquieta; salta per la stufa; suda profusamente; si mette in libertà.

Esperienza II — 10 maggio:

9	ant.	stufa	31°	T. iniziale	38.6
9, 30	»	»	34°		
10, 30	»	»	37°	» rettale	41.5

Assai debole; respiro frequente; sudore profuso.

Esperienza III — 11 maggio:

9, 30	ant.	stufa	28°	T. iniziale	38.3
10, 30	»	»	33°		
11, 30	»	»	36°	» rettale	41.1
12	mer.	»	39°		

Assai inquieta; mostrasi agitata; va in cerca di aria.

Esperienza IV — 12 maggio:

9	ant.	stufa	28°	T. iniziale	38.6
10	»	»	35°	» rettale	41.4
11	»	»	38°	» »	42.1

Molto inquieta; si alza; respiro frequente; si lascia libera.

Il 17 maggio si pratica la operazione cesarea; si estraggono tre feti vivi immaturi, pesanti complessivamente gr. 72.

Delle otto osservazioni esposte noi dobbiamo eliminarne due come quelle che si compierono in condizioni tali da non poter essere chiamate a contributo del nostro studio: sono queste le osservazioni I e VII.

Infatti nella prima troviamo che durante la esperienza II e quando la Temperatura massima raggiunta dalla cavia toccava appena 40.6 avviene il parto: qui l'azione del calore non può essere portata in campo per due ragioni: *primo* perchè la gravidanza era al termine completo, cosa che fu poi anche dimostrata dal grado di sviluppo dei nati; *secondo* perchè la temperatura non doveva avere, come infatti non ebbe, influenza alcuna sullo stato dei feti, attesa la piccola elevazione raggiunta molto al disotto della desiderata (41.5).

Così pure nella osservazione VII ci trovammo di fronte a condizioni patologiche dell'apparato genitale tali da togliere anche la possibilità di poter cre-

dere la morte dell' unico fetino trovato nell'utero, quale conseguenza delle replicate elevazioni termiche fatte subire alla coniglia: il reperto distesamente trascritto varrà, spero, a far accettare da ognuno la opportunità di considerare nulla la osservazione.

Restano adunque come materiale utile le osservazioni II, III, IV, V, VI ed VIII.

Riassumiamo le cose offertesi alla osservazione. Nella II si fecero subire tre elevazioni termiche nei giorni 25, 26 e 28 marzo: i massimi notati furono 40.8, 41.5 e 41.8, la durata complessiva dei tre esperimenti fu di 16 ore.

Nella notte susseguente all'ultima esperienza avviene il parto prematuro di 9 piccini; teniamo a ricordare al lettore che i feti, almeno in parte, nacquero vivi e respirarono, come potè dimostrarlo a noi il reperto cadaverico (si veda l'osservazione).

Nella III si fecero subire elevazioni termiche nei giorni 24, 25 e 26 aprile con maximi di 42.6, 42.2, 42.2: le tre esperienze durarono complessivamente sette ore. Tre giorni dopo l'ultima esperienza vengono espulsi sei fetini manifestamente immaturi; anche qui i feti non presentavano segno alcuno di morte da tempo, anzi in qualcuno fu riscontrata traccia di avvenuta respirazione: la morte dei nati dovevasi adunque alla prematuranza.

Nella IV si determinarono quattro elevazioni termiche a 41.8, 42.2, 42.2, 41.4 durando le esperienze complessivamente 9 ore. Due giorni dopo l'ultima esperienza nacquero vivi e con tutti i caratteri dei feti maturi 6 piccini. In questo caso non si ebbero a notare influenza nè sul decorso della gravidanza nè sulla vita dei feti.

Nella V si praticarono 6 sperienze: i limiti superiori delle temperature furono: 43.2, 42.4, 42.4, 43.4, 41.7 e durarono le sperienze complessivamente ore 11. Otto giorni dopo l'ultima si sacrifica la coniglia e si estraggono sei feti assolutamente vivi e quasi a termine e che vivono ancora per qualche tempo.

Nella VI pure si indussero sei elevazioni a 42.4, 42.4, 41.8, 42, 43, 42.5, ed otto giorni dopo l'ultima, praticando l'operazione cesarea si estraggono cinque fetini prematuri ma offerenti segni certi di vita.

Nella VIII si provocano quattro accessi con elevazioni a 41.9, 41.5, 41.1 e 42.1. Cinque giorni dopo l'ultimo, l'operazione cesarea dà tre fetini vivi, prematuri.

Bene ripensando al nostro modo di sperimentare ci pare di aver evitate molte delle cause che possono indurre ad erronee conclusioni, e per quanto ci fu dato, di aver studiato unicamente l'azione del calore all' infuori di qualsiasi altro fattore.

Come il lettore avrà potuto dedurre le nostre conclusioni si avvicinano

assai a quelle del Doré, ma non si confondono con quelle rispetto ad un punto, all'influenza cioè del calore sopra il decorso della gravidanza; nelle due osservazioni II e III le gravidanze si interruppero prima del termine, e l'unica causa da noi riscontrata sta nelle artificiali elevazioni termiche.

Il nostro studio però non è completo: si può dire che noi abbiamo studiato la influenza dell'elevato calore sulla gravidanza e sul feto in un solo tipo di febbre, quella intermittente; ora in nuove ricerche noi ci proponiamo lo studio dell'azione di temperature meno elevate, ma continue, sull'andamento della gravidanza, per avvicinarci in ciò ad altri tipi di febbri, che nella clinica si presentano assai frequentemente.

Dal fin qui esposto ci pare di poter trarre le seguenti conclusioni

1° Le elevate temperature (indipendentemente da qualsiasi elemento settico) possono talvolta determinare la interruzione della gravidanza.

2° Temperature superiori a 41.5 e toccanti perfino 43, purchè di breve durata, riescono per nulla nocive agli animali tanto nello stato di gravidanza che fuori di questa.

3° Temperature anche considerevolmente superiori a 41,5 purchè di breve durata, non determinano la morte del feto.

4° Anche nei casi in cui l'elevata temperatura determina la interruzione della gravidanza, questa interruzione si può dimostrare indipendente dalla morte del feto.

Novara, maggio 1886.

GRAVIDANZA QUINQUEGEMELLA

STORIA CLINICA

letta alla 2ª Adunanza della Società di Ostetricia e Ginecologia

IN ROMA

addì 19 Aprile 1886

DAL SOCIO

Dott. GIULIO KIRCH

Signori,

Un fatto abbastanza raro, secondo alcuni rarissimo, occorso nel R. Istituto ostetrico ginecologico di Firenze, sarà il soggetto sul quale mi intratterrò brevemente chiedendo all'uditorio non aspettativa di cose nuovissime, ma bensì il permesso di esporre semplicemente una storia clinica.

Il giorno 10 febbraio 1886 veniva ricoverata nel R. Istituto ostetrico di Firenze, Maddalena Sensini di anni 32, di professione bracciante, domiciliata in un piccolo paese della provincia di Arezzo. Racconta di essere gravida, ma dubita d'essere pure affetta da malattia addominale concomitante la gravidanza. È figlia di genitori sani e robusti. Il padre morì per colera, la madre è tuttora vivente, godè sempre ottima salute ed ebbe sempre gravidanze (in numero di tre) buone e portate felicemente a termine; ha due fratelli, il minore dei quali due volte ebbe la polmonite. Nell' infanzia ha sofferto d'elmintiasi; con buon risultato subì l'innesto vaccinico. Ha goduto buona salute fino all'età di 27 anni quando fu presa da febbri di malaria che le durarono a riprese fino a circa un anno fa e cessarono con l'uso del chinino. L'infezione malarica non si è più riaf-

facciata e d'allora in poi la Sensini ha sempre goduto buona salute fino alla malattia che l'affligge e per la quale chiese ricovero all'Ospedale di Firenze. La funzione ovarica si manifestò ai 18 anni con mestruazione piuttosto abbondante, di durata normale però (circa 5 giorni) e normale pure per la qualità del sangue. Le altre mestruazioni si successero regolarmente per qualità, epoca e durata sì, ma sempre abbondanti fino a quando soffrì l' infezione malarica; d'allora in poi scemarono per quantità e il sangue non aveva più il bel color rosso vivo come per l' innanzi, di più ad ogni mestruazione succedeva uno scolo leucorroico della durata di pochi giorni, scolo che non aveva mai avuto per l'innanzi, Dal giorno 18 luglio 1885 è amenorroica, ed è la soppressione dei mestrui, alcuni fenomeni riflessi e più tardi i movimenti attivi del feto che fecero accorta la Sentini del suo stato di maternità. Circa il 25 luglio 1885, 7 giorni dopo cioè l'ultima mestruazione la nostra inferma cominciò a provare avversione a tutto quanto la circondava, rifuggiva dalla compagnia delle sue amiche, si sentiva presa da una specie di melanconia, si sforzava per mangiare e bere, spesso dopo aver ingerito qualche cibo aveva dei vomiti che duravano tre o quattro minuti e che si preannunziavano con un'abbondante salivazione. Per due mesi circa soffrì intermittentemente di forti dolori di testa. Verso la metà di settembre s' accorse che l'addome si tumefaceva; in seguito notò che il volume del ventre andava regolarmente e gradatamente aumentando. — Contemporaneamente circa ogni 15 giorni era travagliata da un senso di bruciore alla vulva che durava due o tre giorni, e che in certi momenti si rendeva insopportabile Verso la fine di ottobre i fenomeni riflessi andavano man mano scomparendo ed al vomito che prima compariva dopo i pasti, si sostituì un dolore puntorio alla regione epigastrica diffondentesi fino alla regione soprapubica e che durava, diminuendo d' intensità, per circa due o tre ore dopo i pasti. Fino a circa 7 giorni avanti il suo ingresso in Clinica l'ammalata avvertì gli stessi dolori ed accerta che non hanno subìta variazione nè di sede, nè d' intensità. Negli ultimi 7 giorni il dolore si è maggiormente accentuato alla regione del pube conservando sempre il carattere puntorio. Contemporaneamente nell'atto del coricarsi avvertiva come un corpo cadere verso l'ipocondrio sinistro e tosto la respirazione si faceva difficile. L'ammalata trovava sollievo nel fare pressione alla regione ipocondriaca sinistra. Quando si alzava scomparivano i suddescritti fenomeni. Fino da un mese e mezzo va soggetta pure a leggere epistassi, però in seguito ad una rinorragia più abbondante delle altre l'ammalata si trovò molto sollevata; il respiro che prima era affannoso si fece più libero e cessarono completamente i dolori di testa. Da un mese e mezzo circa per lo straordinario volume dell' addome è obbligata in letto e trova sollievo nello stare col dorso un poco sollevato, nei pochi momenti che si alzava avvertiva come un corpo che dall' alto

dello addome scendesse in basso e che le impediva il libero respirare specialmente se camminava o tentava di salire una scala. Negli ultimi sette giorni avvertì che le grandi labbra si tumefacevano fino a raggiungere il volume di una testa di feto a termine. Da tre giorni è travagliata da dolori che dalla regione lombare si estendono fino alla regione sacrale e quindi si irradiano a cintura; unitamente alla comparsa del dolore, avverte come dei corpi di durezza lapidea nell'addome, di grandezza variabile (dal volume di un cece a quello di una noce) di forma sferica e che scompaiono col cessare del dolore. Ha un po' di tosse ed una leggera espettorazione muco salivare; non accusa nessun dolore al torace.

L'esame ostetrico fatto al momento dell'ingresso nella Clinica della Sentini dà il seguente risultato. Donna alta metri 1,58 apparentemente ben conformata, viso atteggiantesi a sofferenza, colore della pelle piuttosto scuro, molto marcate le arcate sottorbitarie, pannicolo adiposo poco, masse muscolari normali per quantità, piuttosto flaccide. Il colore della linea medio addominale è marcatamente bruno fin sopra la cicatrice ombelicale; questa è piana; si notano abbondanti smagliature su tutto l'ambito addominale di colore rosso pavonazzo chiaro. L'addome ha una forma irregolarmente sferoidale, irregolarmente perchè vi si notano due rilevatezze, una nel quadrante superiore di sinistra bene delimitabile con l'occhio e della grandezza di una testa di adulto; un'altra che comprende tutto il resto dell'ambito addominale specialmente sporgente nel quadrante inferiore destro. Il colore della cute è roseo, in alcune perti tendente al rosso, in altre ha la lucentezza propria dello stato edematoso; sono marcatissime le vene sottocutanee.

Esaminata per un certo tempo non si notano movimenti attivi del feto. Non si può con l'ispezione delimitare nè l'area nè la forma e quindi neanche la direzione dell'utero. Le mammelle sono di forma emisferica, hanno assai pigmentata l'areola primitiva, e la secondaria alquanto estesa; i capezzoli sono sporgenti e ben fatti. La palpazione riesce facile su tutto l'ambito addominale, però non ci permette di delimitare esattamente l'area uterina; in alto e specialmente in corrispondenza dell' intumescenza notata a sinistra la palpazione dà la sensazione come se vi fosse contenuto del liquido; diffatti è manifesta la fluttuazione. Questa è un poco più oscura se fatta dall'uno all'altro quadrante superiore manca completamente nella zona sottombelicale, eccetto a livello delle due fosse iliache in ciascheduna delle quali pare si contenga del liquido. Qua e là si sentono delle intumescenze nel cavo addominale alcune più grosse, altre più piccole, alcune più dure, altre meno, però una sola situata superficialmente a sinistra a livello della linea ombelicale trasversa ha i caratteri di una parte fetale ed appunto dell'ovoide cefalico, è sferica, grossa quanto la testa di un feto di

sette mesi, offre manifestamente il senso del ballottamento: non si può sentire il dorso di questo feto; però nella regione periombelicale e specialmente a destra si sentono le piccole parti fetali. Nella regione sottombelicale la palpazione si fa più più difficilmente per un po' di tensione delle pareti addominali, però le dita affondate in corrispondenza delle due fosse iliache ci fanno avvertiti che lo stretto superiore è libero o che almeno nessuno dei due ovoidi fetali tende a costituirsi in presentazione. La palpazione delle mammelle dà per risultato, organo ghiandolare normalmente sviluppato, sviluppati i tubercoli del Montgomery, e alla pressione alla base del capezzolo fuori esce qualche goccia di siero.

La percussione dà ottusità assoluta sopra tutto l'ambito addominale; la sonorità timpanica comincia a livello degli archi costali ed è rappresentata a sinistra da uno spazio dell'altezza di circa 4 ctm. corrispondente allo stomaco. A destra l'ottusità addominale si confonde con quella del fegato per passare subito alla sonorità polmonare. Alle parti più declivi dell' addome e lateralmente non vi è neanche sonorità schiettamente timpanica ma ipofonesi. L'ascoltazione praticata molto diligentemente ci fa sentire un battito cardiaco fetale sulla ombelicale trasversa, a 4 ctm. circa dalla cicatrice ombelicale. Del resto non si sente nè soffio uterino nè altri rumori di sorta.

La misurazione addominale dà:

Distanza dal pube alla punta sternale	cent.	57
» » all'ombelico	»	28
Circonferenza sopraombelicale	»	105
» addominale all'ombelico	»	117
» » sottombelicale . . .	»	118

La semicirconferenza longitudinale dell'utero non si può definire se non col prendere quella costituita da tutto l'ambito addominale poichè come ho detto era impossibile sia con l'ispezione che con la percussione o la palpazione definire i confini dell'utero. Questa dava . . . . . cent. 56

La semicirconferenza trasversale	»	50
Il diametro longitudinale preso dall'arcata del pube all'arco costale destro	»	27
Diametro trasversale	»	32

L'esame dello scheletro non dà a conoscere che vi siano alterazione, è regolare, ossa un poco sottili.

La pelvimetria dà i seguenti dati :

Circonferenza pelvica	cent.	92
Distanza fra le S. I. A. S.	»	25
» » creste iliache	»	27
Diametro obliquo destro	»	26
» » sinistro.	»	26
Fra il pube e la S. I. A. S. destra. . . .	»	15.5
» S. I. A. S. sinistra . . .	»	15.5
Altezza della pelvi	»	20
Coniugata esterna	»	20.5
Distanza fra i gran trocanteri.	»	32

Bacino quindi ben conformato, forse anzi un poco ampio oltre il normale.

Grandi e piccole labbra enormemente edematosi e tanto da aver preso il volume di una testa di un feto a termine, non permettono il divaricamento fin oltre la connessura vulvare e impediscono assolutamente il riscontro digito-vaginale oltre l'ostio vaginale.

Si fanno delle scarificazioni multiple e dopo due ore l'edema essendo quasi completamente scomparso si può procedere alla visita interna. Si notano ancora i resti dell'imene, la vagina è ampia, rugosa, rammollita, cedevole; il collo uterino portato posteriormente tanto che l'orificio guarda quasi direttamente verso la concavità sacrale, è completamente rammollito; l'orificio esterno è chiuso; il segmento inferiore è espanso ma non molto, lo è più anteriormente, è sottile e molle; attraverso di esso non si sente nessuna parte presentata e neanche si nota fluttuazione; le membrane, per quanto ci dice la donna, sono integre, poichè non ha mai avute perdite di liquido dalla vagina. Di quando in quando la donna accusa delle contrazioni uterine dolorose, però non vi è altro segno di travaglio.

Terminando così l'esame ostetrico si passa ad un rapido esame della cavità toracica e degli altri organi.

Alla percussione polmonare non ci è dato apprezzare modificazioni nella sonorità, nè anteriormente, nè posteriormente. Alla ascoltazione anteriormente murmure respiratorio normale sebbene un po' affannoso e frequente; posteriormente e da ambedue i lati qualche rantolo a grosse bolle specialmente dopo i colpi di tosse; l'escreato che la donna spurga è muco salivare in poca quantità. Il cuore è sano, accentuato un poco il primo tempo. Gli arti inferiori sono leggermente edematosi. Le orine contengono un po' di albumina. Funzioni gastro intestinali eccellenti.

Le difficoltà diagnostiche da superararsi diedero luogo ad una bellissima conferenza clinica tenuta dal Prof. Chiara il giorno successivo all'ammissione della donna nell'Istituto ostetrico. Tre erano principalmente i concetti diagnostici che s'imponevano, ed erano: 1° gravidanza semplice con idramnios; — 2° gravidanza semplice complicata dall'esistenza di un cistoma; — 3° gravidanza multipla gemellare, e in questo caso con probabile idramnios di uno o di ambedue i sacchi o più che gemellare tri o quadrigemina.

L' enorme sviluppo preso dall' intumescenza dell' addome faceva di per sè escludere potersi trattare di gravidanza semplice che secondo quanto indicava il calendario ostetrico non poteva oltrepassare la fine del settimo mese, ma che pure sarebbe stata incompatibile col volume di un utero gravido a termine. La gravidanza d'altra parte non si poteva escludere poichè ne esistevano tutti i segni certi e probabili. Limitandosi alla semplice ispezione addominale si sarebbe detto a tutta prima che la malattia che affligeva la donna in discorso era un enorme cistoma, e in favore di questo militavano le numerose diramazioni venose sottocutanee, non solite a trovarsi nella gravidanza, l'edema sopra-pubico, l' edema ai genitali ed agli arti inferiori, l' albumina nell'orine segni tutti di impedita circolazione reflua; inoltre la configurazione stessa per le due intumescenze, l'una a sinistra in alto, l'altra a destra in basso, divise da un solco ben marcato poteva denotare che il cistoma era forse multiplo e costituito specialmente da due grandi logge. Però non poteva sostenersi la diagnosi semplice di cistoma in quanto che la donna aveva, come ho detto, avuto tutti i segni di gravidanza ai quali si aggiungeva il più forte di tutti, i battiti cardiaci fetali sentiti a destra.

Abbiamo visto come a sinistra in alto un' intumescenza fosse divisa da un'altra a destra in basso da un solco a concavità in alto ed a sinistra. Come l' intumescenza di sinistra fosse manifestamente fluttuante, mentre quella di destra non lo era ed offriva solo quella cedevolezza o pseudo fluttuazione propria dell'utero gravido in istato di riposo. Dalla sede e dalla forma del tumore di sinistra dovevano necessariamente escludere un versamento libero addominale, dovende ammettere una raccolta saccata (poichè niente nella storia poteva farci supporre nna peritonite saccata che sarebbe stata del resto molto straordinaria per la sede) non potevamo che accettare il concetto di un tumore cistico ovarico e para-ovarico o di un tumore cistico fisiologico, ossia un idramnios di un gemello complicanti la gravidanza. Non poteva essere una gravidanza semplice con idramnios poichè esisteva quella linea di separazione fra le due intumescenze. Poteva finalmente ammettersi una gravidanza più che gemella.

Non potevasi ammettere la diagnosi di gravidanza semplice con idramnios poichè questo sarebbe stato lontano dal punto in cui si sentivano le parti fetali

che non si lasciavano spostare quasi per niente, certamente non si lasciava il feto portare alla sede del tumore fluttuante mentre sarebbe stato facilissimo quando esso fosse stato contenuto in quel liquido; dovevasi quindi almeno ammettere una gravidanza gemella con la complicanza di idropisia di uno dei sacchi amniotici.

La seconda supposizione della gravidanza complicata con cistoma cadeva pure. L'utero gravido sarebbe stato situato a destra poggiante contro la fossa iliaca di questo lato ed il cistoma con un lungo peduncolo si sarebbe sviluppato a sinistra spinto in alto dal progredire della gravidanza ed avrebbe in certo modo incapucciato l'utero. Senonchè di quando in quando la donna avvertiva dei dolori irradiantisi dalla regione lombo-sacrale anteriormente verso il pube e durante questi dolori il tumore si faceva duro e il solco notato fra le due intumescenze destra e sinistra scompariva; scompariva pure la fluttuazione, segno che ambedue erano contenuti in una stessa cavità contrattile, cioè l'utero. Restava quindi sola in campo la diagnosi di gravidanza più che gemella contro la quale non stava in favore del cistoma altro che una sensazione speciale che provava la donna come di un corpo che si moveva nella cavità addominale a seconda che si poneva su l'uno o l'altro lato o stava sdraiata o in piedi.

Non si poteva adunque formulare una diagnosi certa. Fu quindi deciso di ricorrere ad una puntura esploratrice ed a questa si ricorreva tanto più volentieri inquantochè doppi ne potevano essere i vantaggi senza andare incontro a nessun pericolo. Basandosi sopra un caso occorsogli, di continuazione della gravidanza dopo l'evacuazione del liquido amniotico mercè la paracentesi il Prof. Chiara consigliò anche in questo caso la puntura addominale. I vantaggi che aspettavamo da essa erano i seguenti:

1° Potere venire in aiuto per formulare la diagnosi;

2° Se si trattava di cistoma ovarico, favorire il progresso della gravidanza mercè il suo svuotamento.

3.° Se s'incontrava idramnios fare uno svuotamento o parziale o totale del liquido amniotico per diminuire la tensione addominale e tentare così una nuova cura dello idramnios ammenochè la gravidanza non s'interrompesse, cosa della quale del resto poco ci dovevamo preoccupare, poichè avremmo fatto quello che la natura avrebbe fatto ugualmente, nè ci dovevano molto interessare per il feto ch'è se v'era idramnios esso sarebbe stato probabilmente o malato o mal conformato. E eravamo spinti a tentare questa cura tanto più che non riuscendo la puntura addominale, avremmo forse dovuto ricorrere all'interruzione artificiale della gravidanza, per togliere la povera donna dalle sofferenze datele da un'intumescenza addominale il cui peso non poteva essere minore di 11 o 12 chilogrammi.

Il dì 11 febbraio alle ore 12 mer. subito dopo la conferenza fu fatto dunque il tentativo di aspirazione del liquido amniotico dalle pareti addominali. La puntura si fa nel quadrante superiore sinistro là dove si sentiva così manifesta la fluttuazione, l'ago però cade probabilmente sulla placenta, poichè esce solo un po' di sangae. — Si ripete la puntura verso destra e questa dà esito a 400 grammi di liquido con tutti i caratteri del liquido amniotico. Il ventre dopo la puntura diminuì di poco, però cessarono per tutta la giornata le contrazioni uterine. La diagnosi quindi formulata fu di gravidanza molto multipla poichè mercè la puntura esploratrice potevamo assolutamente escludere un cistoma, e potevamo anche escludere un idramnios non essendo la quantità di liquido estratto sufficiente a giustificarlo.

Però il beneficio ottenuto momentaneamente dalla puntura evacuatrice fu di breve durata, poichè la mattina del 12 alle ore 7 ant., 25 ore dopo cioè, si iniziò definitivamente il travaglio con la rottura spontanea delle membrane. All'1 pom. la dilatazione aveva raggiunto i 3 cent. e si sentiva un feto in presentazione di spalla sinistra, dorso posteriore. Si fa la versione con 2 dita introdotte nel cavo uterino; questa riesce assai facilmente e si abbassa l'arto inferiore sinistro. Dopo circa mezz'ora si presentavano all'ostio vaginale le natiche; fu fatta l'estrazione e venne alla luce un feto di sesso maschile leggermente asfittico che fu presto rianimato, pesante gr. 1300. Appena estratto questo primo feto si potè sentire una seconda borsa piuttosto tesa e il 2° feto in presentazione pure di spalla in posizione C. A. I. D. dorso ant. Si aspetta un poco, ma dopo dieci minuti si decide di liberare la donna poichè il travaglio si protraeva di troppo per inerzia quasi assoluta. Si fa la versione interna e la estrazione del 2° feto che viene alla luce vivo, sano, di sesso maschile, del peso di gr. 1300 esso pure.

Subito dopo l'estrazione del 2° feto il dito esploratore avverte l'esistenza sullo stretto superiore di altre due borse, una a destra contenente un feto in presentazione di vertice post. O. I. D., l'altra a sinistra con un feto in presentazione dell'ovoide podalico post. S. I. S. Essendo più basso il feto presentatesi con l'ovoide cefalico, fu tentato anche su questo il rivolgimento, ma appena rotto il sacco amniotico la testa essendo scesa nello scavo si potè, approfittando della piccolezza del feto, usare la mano a guisa di forcipe ed estrarlo, essendo l'occipite rivolto verso il sacro. Il feto di sesso femminile venne vivo, pesante 940 grammi. Il quarto feto fu estratto mercè l'estrazione manuale podalica, era vivo, sesso femminile, pesante 1060 gr.

Estratto il 4° feto il volume dell'utero ha tuttora il volume come di gravidanza al 7° mese circa; diffatti col riscontro si sente ancora una borsa integra però non contenente molto liquido ed il feto presentatosi col vertice in po-

sizione O. I. S. Anche su questo si fa il rivolgimento estraendo un feto vivo sano di sesso maschile pesante 1240 gr. Il secondamento fu spontaneo 20 minuti dopo l'estrazione dell'ultimo feto. Alla donna si somministra un grammo di segale e si fa la fasciatura addominale. La massa placentare pesa gr. 1120; si compone di 5 placente, 4 delle quali sembrano costituirne una sola se esaminate dalla faccia uterina, ma visto dalla faccia fetale appariscono distinte le divisioni fra di esse; la quinta placenta è del tutto separata ed aderente, alle altre solo per un ponte fibroso costituito in parte dalle membrane. Questa ultima appartiene al primo feto. Ciascun uovo si compone di un amnios ed un corion proprio, cosicchè i setti di divisione fra i differenti uovi sono costituiti da 4 membrane. I diametri della maggior massa placentare sono di centim. 27 sopra 23, quelli della placenta isolata di 16 per 13.

Il primo feto misura 390 mill., il secondo 380, il terzo 252, il quarto 365 ed il quinto 370.

I diametri fetali sono:

	1° feto	2° feto	3° feto	4° feto	5° feto
Mento occipitale . . .	105	100	90	95	100
Fronto occipitale . . .	90	90	88	90	93
Biparietale	72	72	68	75	76
Sottocipito bregmatico.	80	80	75	75	82
» frontale . .	88	82	80	80	85
» mentoniero.	65	60	60	65	60
Bimastoideo	58	55	55	55	58
Mento bregmatico . .	80	90	85	80	95
» frontale	72	75	65	78	75
Trachelo frontale . . .	70	70	62	68	70
» bregmatico. .	81	80	75	80	85
» occipitale . .	90	75	68	75	80
Biacromiale.	90	95	75	80	88
Sterno-dorsale	55	70	55	65	55
Sacro-pubico	32	40	35	38	40
Bitrocanterico	65	60	50	60	60

Tutti sani, vivi, ben conformati e della apparente età di 7 mesi compiuti di vita intrauterina. — Morirono però tutti e 5 entro le prime 48 ore per sclerema.

Il puerperio decorse regolare fino in 7ª giornata. In cavità peritoneale si è effusa una discreta quantità di liquido che però era completamente riassorbito

in 5ª giornata. La temperatura, eccetto un aumento vespertino fino a 38°,4 non preceduto da brivido in 7ª giornata, oscillò fra 37°,2 e 37°,5, il polso fra 68 e 80 battute. In 7ª giornata alle 5 pom. la Sensini fu colta da brivido, la temperatura salì a 39°,7, pulsazione 92. Non accusa dolori al basso ventre e solo un po' di tosse senza forte dolore e senza escreato. Come mezzo profilattico si fa una lavatura endouterina con sublimato corrosivo al 1/2 per °/oo, si applica una vescica di ghiaccio sul ventre e si somministrano alcoolici per uso interno. La mattina di poi, cioè in 8° giornata

Temp. 40°,2 — Puls. 144 — Resp. 38

è aumentata la dispnea e la tosse, unitamente a ciò un escreato di colore ruggine. L'esame dei polmoni dà ipofonesi posteriormente su tutto l'ambito polmonare a sinistra, in alto ottusità assoluta e forte soffio bronchiale che si propaga fino alla base; a destra in basso numerosi rantoli umidi e piccole bolle, pure soffio bronchiale ma non così forte e meno esteso che a destra. Si dà una pozione espettorante, un'altra tonico eccitante. La sera

Temp. 39°,9 — Puls. 139 — Resp. 35

La mattina del 9° giorno

Temp. 38°,6 — Puls. 102 — Resp. 30

Diminuito l'escreato che esaminato al microscopio non mostra contenere pneumococchi, tosse con espettorazione più facile, diminuito un poco il soffio bronchiale. Dal lato dei genitali tutto procede regolarmente. La sera

Temp. 37°,8 — Puls. 75 — Resp. 24

Dalla mattina del 10° giorno fino al 17° di puerperio in cui la donna lascia l'ospedale, scompariscono i fenomeni della leggera polmonite ipostatica, la temperatura oscilla fra 37°,9 e 36°,9, polso e respiro normali, va sempre guadagnando in salute finchè abbandona l'ospizio il giorno 28 febbraio in buonissime condizioni.

Nella storia clinica cui avete, o Signori, prestato la vostra benevole attenzione, credo siano due principalmente i punti che, come me, vi avranno maggiormente colpito. Il fatto eccezionale di una gravidanza quinquegemella e come conseguenza quasi logica la difficoltà della sua diagnosi.

Sono pochissimi i casi registrati di gravidanze quintuple. Secondo Wappoens essa si è data una volta sopra 19,698,322 parti, secondo Sickel una sopra 16,750,674; quindi in media una volta sopra 18,000,000 di parti, uno solo è quinquegemello; nessun trattatista ha studiato particolarmente l'etiologia delle gravidanze più che gemella e tutti si limitano solo allo studio delle gravidanze doppie. Il fatto si è che l'etiologia deve esser comune con queste. Il paese, la latitudine, la razza, l'educazione, l'ereditarietà, l'età, lo stato di multiparità sono tutte cause che possono avere influenza sopra la frequenza delle gravidanze gemelle.

Non così può essere di una gravidanza quintupla, e si deve segnare questa sempre nella serie dei fatti straordinarii cui sfuggono le cause ed i dati etiologici. Se passiamo infatti in rivista questi ultimi troveremo che nel nostro caso essi sono in aperta contraddizione con il fatto. Si dice così che la ereditarietà ha influenza sulle gravidanze multiple, la Sensini invece è figlia di madre la cui attività di riproduzione non si dimostrò molto grande; infatti ha due fratelli soli e la madre non ha avuta nessuna gravidanza gemella; il paese non sarebbe fra quelli che danno il maggior contingente di gravidanze multiple, almeno secondo quello che si legge negli autori che più di altri si sono occupati dello studio delle gravidanze multiple. Non vi ha avuto certamente influenza lo stato di pluriparità poichè la nostra donna era alla sua prima gravidanza. Non possiamo accordarci con Tarnier il quale dice che spesso il maschio ha la maggior parte nella gravidanza multipla; è vero che il marito della Sentini ha da una prima moglie avuto due gravidanze gemelle, ma quale nesso fra la possibilità della maturazione di 5 uovi sacchi oppure di meno ma costante e l'atto puramente materiale del coito e dell'ejaculazione.

Sfuggono quindi tutti i momenti etiologici e la spiegazione che meglio ci soddisfa è quella anatomica. Sebbene rari pure sono conosciuti esami di ovaia nelle quali gli ovisacchi contengono più di due ovuli, trovo quindi molto più razionale si debba attribuire la straordinaria proliferazione della nostra donna a che un ovisacco conteneva più ovuli, forse più ovisacchi maturarono e concorsero a produrre la gravidanza, questo non si può nè affermare nè negare, certo è che i germi non erano contenuti in uno ssesso ovulo, poichè ognuno aveva tutti gli attributi di uovo completo.

Abbiamo già visto come furono superate le difficoltà diagnostiche offerte dal nostro caso. Fu la puntura esploratrice quella che ci fece escludere l'esistenza di un cistoma o di idramnios. Come ho detto la puntura fu fatta al doppio scopo di facilitare la diagnosi e di riuscire curativa nel caso si fosse trattato di polidramnios. Il Prof. Chiara era fatto forte in questo proposito dal non aver osservata la interruzione della gravidanza in un caso la cui storia egli espose nella

passata adunanza. Egli allora conchiudeva così: Non potrebbe questo fatto avere qualche applicazione pratica, per esempio nella cura dello idramnios? Finora non ci coadiuvarono gli avvenimenti clinici. A me basta constatare però che come nel caso del Chiara la gravidanza continuò per oltre 15 giorni con riproduzione del liquido amniotico e s'interruppe solo in seguito alla laparotomia; nel caso or ora riferito il travaglio che già si era iniziato avanti le due punture, ebbe 11 ore di sosta nelle quali la malata si trovò più sollevata. Certo pure che i 400 grammi di liquido estratto non potevano gran che modificare la pressione sul diaframma data dall'intenso sviluppo dell'utero, ed essere essi la causa della cessazione della dispnea, ma sta il fatto che questa scomparve e non si ripresentò più.

Una conclusione per altro si può trarne ed è che prese le debite cautele antisettiche la puntura verso il fondo dell'utero riesce innocua come ogni altra puntura esploratrice.

In un altro caso fu tre volte tentata l'evacuazione del liquido amniotico per la via addominale. Fu in una donna primigestante gravida alla fine del 7° mese, albuminurica, con grave e minacciosa dispnea. Decisi ad interrompere la gravidanza, si volle tentare prima l'aspirazione del liquido sperando che questa portasse sollievo alla malata e forse permettesse la continuazione della gravidanza non fosse stato altro che per alcuni giorni. Però le punture riuscirono negative chè l'ago-cannula introdotta per tre volte fu sempre otturata dal feto che le si poneva di contro non permettendo l'uscita che di 50 grammi circa di liquido. La donna non ebbe a soffrire per le punture fatte, la gravidanza fu interrotta col metodo Krause, il puerperio fu fisiologico, il bambino non presentò lesioni dovute all'ago, mentre sulle membrane si notavano due fori dovuti a due delle punture praticate.

E qui faccio punto, o Signori, scusandomi se forse vi ho intrattenuti troppo a lungo sopra un caso clinico, ma ringraziandovi di avermi voluto prestare la vostra benevola attenzione.

UNA OSSERVAZIONE DI JUMPING IN GRAVIDA

RACCOLTA

dal Dott. Prof. PAOLO NEGRI

La osservazione presente data da circa sei anni: tuttavia la rarità della forma, non solo per gli ostetrici, ma per i medici tutti, ci spinge a renderla pubblica, solo manifestando qui il rincrescimento di non averlo fatto prima, e precisamente quando ferveva una viva disputa in alcuni giornali medici italiani a proposito di questa strana forma morbosa.

Con il N. 271 del 1880 viene contrassegnata ed accolta il giorno 11 novembre 1880 nella Maternità di Milano, una gravida di anni 30, già infermiera, ora sarta da uomo; è nata nella Provincia di Milano, ma emigrò dall' Italia e per circa due anni nel Canadà, dal qual luogo ritornava allora ed in istato di gravidanza. È alta metri 1,50, con pelvi ben conformata, primigravida. Nulla richiama l'attenzione in riguardo allo stato gravidico. In seguito a grave carie dentale e partecipazioni infiammatorie dei tessuti duri e molli circostanti, è affetta da serramento alle mascelle in guisa da risultarne impedita assolutamente la masticazione, e da trovarsi obbligata all' uso quasi esclusivo di cibi liquidi o semiliquidi; anzi al Canadà per facilitare la introduzione di quelli, le furono strappati gli incisivi ed il canino superiore di sinistra.

Ma passando sopra a questo fatto, quello che colpisce si è una cosa veramente curiosa, e cioè che ad ogni parola, a qualsiasi suono od a qualsiasi rumore, specialmente se improvvisi, a qualsiasi atto fatto con le mani, braccia, arti inferiori, la donna ha una irresistibile tendenza ad imitarlo od a ripeterlo, e lo imita e lo ripete infatti.

Ma qui non si arresta la cosa: se un movimento qualunque o atto per quanto strano viene ordinato alla gravida, compie l'atto e contemporaneamente ripete ad alta voce l'ordine.

Era veramente curioso il vedere la donna imitare il rumore dell'acqua cadente in un lavabo o quello prodotto dal reciproco battersi di monete; e ciò avveniva anche se persona discorrendo alzava accidentalmente la voce; subito la gravida ripeteva quelle sole parole pronunciate ad alta voce; ed anco più colpiva il fatto che anche tenendo l' attenzione della donna fissa ad una data cosa od intavolando secolei discorso, se le giungeva rumore alcuno o suono sia a bello studio, sia per accidente prodotti, che subito, quasi bisogno assoluto, imitava con la voce il rumore, il suono o compieva l'atto: e talvolta ci venne fatto di battere fortemente le palme mentre la donna cuciva o tagliava qualche cosa, e subito messo da parte ago e forbici, batteva ancor essa le mani; e la cosa era tanto spiccata nei primi momenti che si fu costretti a toglierla dalla compagnia delle altre ricoverate e tenerla in separato stanzino. L' esame somatico il più attento non ci rivelava a alterazione di valore, nè negli apparecchi nervosi, nè negli altri del circolo, respiro, digestione, ecc.

Interrogata a lungo sul modo con cui si iniziò la forma, la donna ci rispose che prima della sua andata al Canadà era perfettamente sana e ciò dimostrerebbe anche il fatto di aver essa potuto regolarmente accudire alle funzioni di infermiera; soggiunse che tale bisogno di ripetere atti o parole incominciò al Canadà, ove nella colonia italiana, essa asseriva, la forma prendeva molte e molte persone.

Per quanto la donna avesse nessun interesse nel raccontarci cose non vere, tuttavia noi rimanemmo assai impressionati dalla strana forma, della quale non potevamo trovare riscontro in trattato qualsiasi di malattie nervose: non potevamo allora neppure controllare l'asserzione della donna, essere cioè epidemica quella forma nel Canadà, perchè nella impossibilità assoluta di farlo.

Con il progredire della gravidanza non mutò la forma; il parto si compiva spontanemente il 28 novembre colla espulsione di una femmina viva, ben conformata pesante gr. 2550, lunga cent. 48 (25-23). Il puerperio fu morboso per lieve endometrite e veniva la puerpera dimessa il 13 dicembre 1880. La forma nervosa continuava, solo pareva che il soggiorno nell'Ospizio avesse resa alquanto maggiormente padrona la donna della propria volontà, e potesse in conseguenza limitare quella tendenza irresistibile alla imitazione. Il giorno però della uscita alla infermiera che l'accompagnava, parve che il mondo esterno e la vista di persone e di cose che da qualche tempo non era abituata a vedere, la inducessero in uno stato di viva eccitazione simile a quello nel quale si trovava al momento dell'accettazione.

Innanzi a tal quadro studiato attentamente dal Prof. Chiara, dal Prof. Mangiagalli e dallo scrivente, non si potè portare che una diagnosi sintomatica, e fu di *una tendenza irresistibile alla imitazione*; ma qualche tempo dopo ci

venne fatto di leggere nella *Gazette des Hopitaux*, N. 24, 1881 il seguente articoletto che gettava alquanta luce sui fatti offerti e sulle cose asserite dalla nostra gravida.

« *Maladie nerveuse du saut.* — Regna in questo momento nei distretti di New-Hampshire, Maine e del Canadà una piccola epidemia di bizzarri fenomeni nervosi caratterizzati da disordinati fenomeni riflessi in seguito ad eccitazioni; da una sottomissione passiva ad ordini dati, da un bisogno irresistibile di imitazione. La relazione che si dà, basata sopra un rapporto del Dott. Beard fatto alla Società di Nevrologia in New-York, descrive il quadro completo offerto dalla ricoverata: se vien dato un ordine in modo reciso il malato ripete l'ordine e lo eseguisce; così ad esempio se gli vien ordinato di gettarsi nell'acqua, ripete *gettati nell'acqua,* e contemporaneamente lo fa, così i rumori determinati dallo sparo di una pistola, di un fucile, di un cannone, dal chiudersi di una porta, ecc., provocano ne' malati un grido e caratteristici salti e traballamenti. »

Secondo il Beard la forma è cronica, parrebbe ereditaria, raramente ne sono affette le donne, affatto immuni i bambini al disotto di 4 anni; come causa egli riconoscerebbe il solletico, per la singolare abitudine degli abitanti di quei paesi di reciprocamente solleticarsi nei boschi. — Ogni terapia si mostrò impotente.

Sopra questo particolare eziologico non fece mai cenno la nostra ricoverata; quando trovammo questo primo ricordo di tale strana forma, la ricoverata non era più da tempo sotto la nostra osservazione e affatto perduta di vista, quando qualche anno più tardi la forma morbosa fu argomento di molti e molti scritti.

Noi non ci occupiamo di questi: siamo paghi di aver succintamente ricordato il caso quale ci si era presentato alla osservazione, vergini affatto di ogni idea in proposito; uno studio retrospettivo ci sembrerebbe ora affatto fuor di luogo, tanto più che noi riputiamo il caso per sè più curioso che interessante, specialmente poi dal punto di vista ostetrico (1).

Giugno, 1886.

---

(1) Si veda: Charcot. *Lezioni sull'isterismo e su altre malattie nervose* — raccolte dal Dottor G. Melotti — Lezione 14ª, *Gazzetta degli Ospitali*, N. 51, 1886, 27 giugno e seg. — *Del mimicismo e nevrosi imitativa — Recensione — Giornale di Neuropatologia*, Napoli, 1886, pag. 55 e seguenti.

CORRISPONDENZA SCIENTIFICA

Chiarissimo Sig. Direttore,

Il Dott. Fasola nel suo *Contributo alla tecnica operativa nei cistomi intralegamentosi dell'ovaio*, pubblicato nell' ultimo fascicolo degli *Annali* a pagina 208, così scrive: « La nostra letteratura è molto povera a questo riguardo. « Nel 1882 il Prof. Negri, attuale Direttore della Scuola ostetrica di Novara, « pubblicava un caso di ovariotomia da lui praticata, con esito felice, col me- « todo Schroeder, per cistoma sviluppatosi in parte nel legamento largo di sini- « stra. All' infuori di questo, della lezione del Prof. Chiara sopracitata e del- « l'accenno che lo stesso autore fa dei tumori intraligamentosi dell'ovaio e della « difficoltà della tecnica operativa di questi nel lavoro pure sopra ricordato, « non trovo altro scritto che ne faccia parola. »

L'Autore dimentica o non conosce un mio scritto (1) *(Due ovariotomie con esito felice. — Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna*, Serie VI, Vol. VII, 1881), anteriore a quelli citati e col quale davvero credo s' inizii in Italia lo studio clinico di tale complicanza. Lei stessa, ricorderà forse il caso a cui si riferisce tale mia pubblicazione. Esso fu operato nel 1880 e di comune avviso si era stabilito il seguente diagnostico: essere il tumore di origine ovarica o *sviluppatosi extraperitonealmente* o vincolato da fitte aderenze pelviche, doversi ritenere l'albuminuria e la stenosi rettale come effetti secondari del tumore, non offrire tale condizione di cose controindicazione formale ed assoluta all'atto operatorio. Durante l'operazione si faceva palese la prima delle condizioni accennate, e messa da parte l'idea di seguire il consiglio e l'esempio dell' ameriricano Miner e di Spiegelberg, si imitava la pratica di Schroeder, di Frankenhäus, di Péan. Alla esposizione del caso, il quale ebbe esito immediato felice io faceva seguire alcune considerazioni le quali; a mio credere, tenuta

(1) Una nota di spiegazione o giustificazione della dimenticanza il Fasola spediva per essere stampata in calce al suo scritto; ma per un equivoco tipografico la composizione della nota non giunse in tempo. *Il Direttore* D. Chiara.

presente l'indole della pubblicazione, erano sufficienti a dare un' idea chiara della natura della complicanza nella quale io mi era imbattuto. Ne giudichi il lettore. Non farò che ripetere le parole scritte in quell'occasione.

« Questo caso ripete la sua importanza dalle condizioni anatomiche speciali del tumore, condizioni anatomiche recentemente illustrate e ancora poco conosciute, talchè in molti lavori nostrani e forestieri non ne viene fatta menzione alcuna. »

Tale peculiare disposizione anatomica risiede nel fatto che il tumore con un segmento più o meno esteso si sviluppi extraperitonealmente tra i foglietti del legamento largo. Ed a ragione Kaltenbach, al quale dobbiamo una stupenda illustrazione di tale argomento, dopo avere accennato, come sotto l' indicazione generica di aderenze pelviche sieno andate confuse condizioni ben differenti che riposano sopra una base anatomica diversa, soggiunge: « *essenzialmente diversa* « *è un'altra forma di solidi ed estesi vincoli pelvici: essa consiste in ciò che* « *il tumore all'atto di svilupparsi s' insinua tra i foglietti del legamento* « *largo con una sua più o meno grande sezione. Una parte del tumore giace* « *tra i fogli divaricati del legamento largo, i quali in tal modo rappresentano* « *una parte del suo rivestimento.* » *(Beitrag zur Anatomie und chirurgische Behandlung der Ovarialtumoren. Zeitsch. f. Geburtsh. u. Frauenk. v. Martin u. Fasbender,* 1871, I).

Quante volte forse questa condizione di cose andò confusa sotto le generiche denominazioni, tumore sessile, aderenze estese e solide coll'utero, col legamento largo e colle pareti pelviche! Schroeder due anni più tardi in una contribuzione al trattamento di tali tumori, ne distingue due forme che in ultima analisi non si distinguono tra loro che per il grado di penetrazione del tumore nel cellulare del legamento largo. Quanto debba essere grave l'ovariotomia seguita colle norme ordinarie in simile condizione di cose, lo dimostrano i nuovi rapporti acquistati dal tumore, la necessità di aprire il parametrio per la sua enucleazione, la dispersione dei vasi sopra una più o meno vasta superficie, i rapporti più o meno intimi che il tumore può contrarre coll'uretere. Tali difficoltà s'imponevano talmente allo spirito di Kaltenbach che tale condizione anatomica considerò come controindicazione dell'ovariotomia. Ognuno vede infatti le difficoltà e i rischi da cui è circondata l' enucleazione del tumore. — Schroeder in cinque casi simili felicemente operati si limitò ad esportare la parte per così dire endoperitoneale della cisti, lasciando la porzione sotto sierosa e cucendo questa coi margini della ferita addominale, avendo l' avvertenza di fare una piega della parte esuberante della cisti alla parte superiore della ferita addominale, in modo da poter tenere a mutuo contatto mediante cucitura le due superficie esterne della piega formata. Io, seguendo invece il pro-

cesso di Péan in casi di estese aderenze pelviche, ho raccolto la cisti all'angolo inferiore della ferita omettendo per altro il punto di sutura attorcigliata al limite superiore della cisti ed accontentandomi di praticare la sutura nodosa con filo di seta. La guarigione radicale avviene abbastanza rapidamente e non è a temersi la recidiva. Schroeder (l. c.) scrive: « ich habe die feste Ueberzeu- « gung dass ein Recidiv nicht sehr fürchten sein wird: » io ho la più ferma convinzione che una recidiva non sarà a temersi. Ma come si spiega tale penetrazione di un segmento più o meno esteso del tumore o di tutto il tumore stesso in grembo al legamento largo? Kaltenbach ne accagiona gli inspessimenti dell'albuginea e le pseudo membrane, reliquati di pregressi processi flogistici, i quali impedisano al tumore di svilupparsi verso il cavo peritoneale. Forse invece è da ricercarsi la causa in più intime ragioni desunte dall'istologia e dalla embriologia, come si potrebbe desumere da qualche recente lavoro. Ma non avendo questa mia comunicazione che lo scopo di additare un caso di tale singolare occorrenza anatomica, rimando il lettore su questo punto nonchè su quelli concernenti la diagnosi ed il trattamento alla già ricca benchè recentissima letteratura in proposito. »

Fin qui il mio modesto scritto; nè io certo voglio far colpa all'egregio Dott. Fasola di questa sua dimenticanza. Nell'attuale vertiginoso succedersi di pubblicazioni d'ogni fatta, nulla di meglio che ricordarsi a tale riguardo del

veniam damus petimusque vicissim.

È solo in omaggio alla verità ed all'*unicuique suum*, che io ho voluto pregarla, egregio signor Direttore, di ospitare questa mia nel giornale da lei diretto.

Dev.

Prof. Luigi Mangiagalli.

NOTIZIE

R. ISTITUTO OSTETRICO GINECOLOGICO DI FIRENZE

Operazioni compiute nel 2° trimestre
(aprile-maggio-giugno) del 1886

Sezione Ostetrica.

Interruzioni artificiali della gravidanza	a scopo medico	per cardiopatia 1 per albuminuria 1
	a scopo ostetrico 2	
Applicazione di forcipe	allo stretto superiore 8 nello scavo 5 allo stretto inferiore 3	

Rivolgimenti 3.
Embriotomie sul capo 2.
Estrazioni manuali 2.
Operazioni cesaree 4 delle quali:

La 1ª il 18 aprile: Operatore Dott. *Fasola*, aiuto Professore. — Morandi Annunziata di anni 30, bracciante, coniugata. Stenosi pelvica da rachitismo, di 3° grado, limite superiore. — Sutura dell'utero col metodo *Saenger*. Emorragia interna grave ed infrenabile. Amputazione utero-ovarica. Bambino salvo, madre guarita. Unico accidente, un punto di pleuro-polmonite a destra nel 20° giorno dall'operazione, e dopo che l'operata si alzava da 2 giorni.

2.ª il 19 maggio: Operatore Prof. *Chiara*, Direttore. — Mari Emilia, di anni 31, cucitrice di bianco, maritata. Isterica e con fenomeni sospetti agli apici polmonari, stenosi pelvica di 3° grado da rachitismo. Amputazione Porro. Bambino salvo, madre guarita con decorso e puerperio fisiologico.

3ª il 21 giugno: Cosi Giuditta, di anni 36, sarta, maritata. Stenosi pelvica da rachitismo di 3° grado. Amputazione Porro. Bambino salvo, madre guarita. Decorso apiretico. Operatore Prof. *Chiara*.

4ª il 29 giugno: C. Santina, di anni 21, serva, nubile, N. 120 del registro delle illegittime. Pelvi rachitica totalmente e irregolarmente ristretta piatta. C. V. 68 mm. — Feto voluminoso (3600 grammi). Operata col metodo conservatore *Saenger*. Sutura muscolo-sierosa e siero-sierosa. Bambino salvo. Madre guarita con puerperio fisiologico. Lascia il letto per qualche momento già nel 10° giorno. Abbandona l'Ospizio il 18 luglio. Il padre ha riconosciuto il bambino e intende sposare la ragazza tosto uscita dall'Istituto. — Operatore *Chiara*.

Così con l'operata di taglio cesareo del gennaio 1885, di cui la storia è riferita nel fascicolo 3-4 1885 si hanno 5 operate nello spazio di 18 mesi e 5 esiti favorevoli completi.

Sezione Ginecologica.

Laparotomie N. 8.
Isterectomie sotto-vaginali N. 1, e cioè:

1 isterectomia sotto-vaginale per inversione uterina non riducibile. Operatore *Chiara*. — Guarita.

1 ovariotomia unilaterale per cistoma ovarico proliferante dell'ovaio sinistro. Operatore *Martinetti*. — Guarita.

1 laparotomia per cistoma mucoide dell'ovaio destro, vaste aderenze parietali e pelviche. Sutura della parete cistica alla parete addominale, medicature per suppurazione. Operatore *Chiara*. — Avviata alla guarigione.

1 ovario-salpingectomia per idrosalpinge destra. Operatore *Kirch*. Guarita.

1 Isterectomia sopravaginale per fibromi multipli del corpo uterino. Operatore *Chiara* — Guarita.

1 laparotomia per cisti da echinococco della milza. Operatore *Fasola*. — Avviata alla guarigione.

1 laparotomia per cisti dermoide dell'ovaio sinistro. — Oper. *Chiara*. — Guarita.

1 ovariotomia unilaterale per cistoma suppurato dell'ovaio destro. Torsione del peduncolo. Operatore *Kirch*. — Guarita.

1 castrazione per fibroma interstiziale della parete posteriore dell'utero. Operatore *Chiara*. — Decorso finora buono: nell'ottavo giorno si tolgono i punti della sutura addominale.

Oltre queste furono eseguite due elitrocolporafie per prolasso completo della vagina. Operatori *Martinetti* e *Kirch*, e furono fatte N. 6 punture esploratrici ed evacuatrici, delle quali a scopo diagnostico 4, due per tumori cistici dell'ovaio, 2 per fibromi, a scopo terapeutico 2, una come tentativo di cura di una ciste di echinococco del fegato, un'altra per vaginam per ematocele retrouterino.

Libri venuti in dono

Lawson Tait — Traité des maladies des ovaires, traduit par le Dr. Adolphe Olivier. Paris.

Auvard — De la conduite a tenir dans les cas de placenta praevia. — Thése d'agregation. Paris.

Bar — Le cancer utérin pandant la grossesse et l'accouchement. Paris.

Somma G. — Meningite semplice acuta con esito in guarigione in una bambina lattante. Napoli.

Bossi L. M. — Studio sperimentale sulla patogenesi delle metropatie per spostamento uterino in quanto riguarda la circolazione sanguigna. Torino.

Fargas Miguel — Primera serie de dièz ovariotomias. Barcelona.

Bolzoni Guido — Note di studio sul meccanismo del parto nei vizii del bacino. Venezia.

Chiarleoni Giuseppe — Malaria e atti funzionali della generazione nella donna — Influenza reciproca. Milano.

Truzzi Ettore — Peptonuria puerperale — Ricerche sperimentali. Milano.

Pugliatti Rosario — Alcune cifre di ostetricia e ginecologia. Messina.

Id. Id. — La inoculazione vaccinica nelle gestanti. — Studi e ricerche. — Messina.

Di questi lavori, appena lo spazio lo permetterà, compariranno sul nostro giornale estese rassegne.

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, Via Pietro Verri, 16.

Vol. VIII. Agosto-Settembre-Ottobre N. 8-9-10.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia

2ª RIUNIONE ANNUALE

ANCORA DELLA SINFISIOTOMIA

STATISTICA E CONSIDERAZIONI

COMUNICAZIONE

del Prof. OTTAVIO MORISANI
Direttore della Clinica Ostetrica di Napoli

Dopo che venne pubblicata una nota sulla sinfisiotomia, che io destinava al Congresso Internazionale dei Medici tenuto a Londra nel 1882, il Dottor Harris di Filadelfia mise a stampa nel giornale americano delle *Scienze Mediche* (gennaio 1883) un opuscolo sulla sinfisiotomia intitolato: *Rivista della sinfisiotomia in Italia*, ecc.

L'autore con una cura ed una diligenza più che ordinarie ha raccolto i casi di divisione della sinfisi dalla prima operazione fatta da Sigault nel 1777 fino al 1858, formando in certo modo la *statistica antica* della operazione. Ha riportato poi la *statistica recente* delle operazioni praticate dal 1866 al 1880, i cui elementi furono forniti da me secondo le indicazioni date.

Il paragone tra le cifre delle due statistiche mostra tale una differenza di risultati, da far quasi dubitare della loro esattezza. Il numero delle morti nella prima (feti e madri) è tanto considerevole, quanto è grande nell'altra la cifra delle guarigioni. « Nondimeno, son parole del Dott. Harris, la 2ª tavola (statistica

recente) è stata l'opera di uno, che occupa in Napoli una posizione eminente, di un Professore della Università, di un ostetrico praticante tra la classe ricca, per cui egli si è costituito indipendente, di un chirurgo di Ospedale, di un membro della R. Accademia di Medicina e Chirurgia. Corradi, il quale è un distinto storico-critico, riconosce l'autenticità dei primi 26 casi della Tavola 2ª, e la mia personale esperienza mi induce a fare a fidanza con le relazioni dei corrispondenti italiani. D'altra parte qual motivo poteva spingere il Prof. Morisani a dare un inesatto catalogo di Ospedale come base di un opuscolo studiato e di un secondo scritto spedito al Congresso Medico Internazionale, e finalmente di un quadro statistico preparato per me, secondo il mio piano, dai registri dell'Ospedale o da private ricerche? »

Or dopo questo opuscolo dell'egregio Ostetrico americano mi prese vaghezza di rivedere le osservazioni contenute nella 1ª statistica, constatarne i particolari, riscontrando i libri ed i giornali, nei quali ciascuna di esse era stata pubblicata, e analizzare per ciascuna, sempre che mi fu possibile, le indicazioni, il grado di angustia pelvica, la presentazione e la posizione del feto, e le pratiche manuali ed istrumentali che vennero eseguite prima e dopo del taglio della sinfisi.

Trovai per tal modo altre 10 osservazioni non riportate nella Tavola di Harris, e raccolsi tutte le 80 osservazioni nel quadro statistico che vi presento.

Portando poscia il mio esame sopra ciascun caso di morte della madre o del figliuolo mi venne fatto di trovare un certo numero di particolari, per i quali veniva spiegata la causa della morte, la quale era sovente indipendente dalla operazione, e questi particolari consegnai in altrettante note che sono annesse e formano il complemento della statistica.

Studiando accuratamente le cifre e le note si giunge ad alcune conclusioni, che sono le seguenti: 1° i risultati della sinfisiotomia furono molto gravi per la madre allorchè la operazione fu praticata al disotto dei limiti della sua indicazione; invece allorchè essa si tenne rigorosamente nei suoi giusti confini i risultati furono abbastanza soddisfacenti; 2° anche entro i limiti della esatta indicazione i rovesci vennero talvolta dall'epoca del travaglio in cui si operò, o dal modo di esecuzione; 3° gli accidenti consecutivi furono sovente prodotti da maltrattamenti delle parti genitali che erano preceduti alla operazione; 4° la perdita dei bambini deve essere attribuita più ai mezzi accessori impiegati per la estrazione di essi che alla operazione medesima. Le quali conclusioni già sostenute nel 1863 nella mia *Memoria sui restringimenti del bacino*, vennero più tardi ripetute nel *Manuale delle operazioni ostetriche* e nella nota al Cazeaux e Tarnier sulla sinfisiotomia e vengono luminosamente confermate dalle cifre statistiche e dalle note sopra citate.

La seconda statistica infatti riportata da Harris, e che vi presento, contiene

risultati ben diversi e molto più favorevoli, poichè sopra 50 donne operate si ebbero 40 guarigioni e 10 morti e 41 bambini vivi.

Ed ora permettetemi di presentarvi la 3ª statistica della sinfisiotomia, piccola in confronto delle precedenti poichè essa contiene appena 18 operazioni, quante ne furono praticate dal 1881 fino al gennaio 1886.

Mi duole però dover dire che in questi ultimi anni i risultati della operazione non sono molto favorevoli, poichè sopra 18 operate 10 sole guarirono e si ebbero 5 feti morti, 3 dei quali però erano premorti alla operazione.

Ma noi non possiamo e non dobbiamo accettare queste cifre brute, senza portare il nostro esame sopra ciascun caso compreso nella statistica, e valutare quanta parte abbia avuto alla morte di ciascuna operata il processo operativo per sè medesimo e per le sue naturali conseguenze, e quante le condizioni preesistenti o la trascuranza delle norme e dei precetti necessari per la buona riuscita della operazione medesima.

Noi non possiamo infatti porre sul conto della sinfisiotomia quei casi di morte, nei quali la donna fu sottoposta al parto prematuro artificiale, e poscia le fu applicato il forcipe e più tardi si praticò il rivolgimento, tutto ciò prima di tagliare la sinfisi; sarebbe da restar meravigliati se la donna fosse guarita in simili condizioni. Nè a rigore debbono aggravare la statistica delle morti quei casi nei quali la operazione fu fatta tardivamente (dopo 48 ore per esempio di travaglio). Tutti gli ostetrici pratici sanno come e quanto questa circostanza aggravi le condizioni della donna qualunque sia la operazione occorsa ed eseguita. Che si operi sul feto o sulla madre, che la operazione sia cruenta o incruenta, la durata del travaglio ha una influenza considerevole sulla mortalità, ciò niuno ha pensato nè pensa di mettere in dubbio.

E qui permettetemi di richiamare la vostra attenzione sopra un certo numero di operazioni di sinfisiotomia, le quali sono, a parer mio, ingiustificabili; voglio parlare di quei casi nei quali fu provocato il parto prematuro artificiale, e trovate difficoltà alla espulsione od anche alla estrazione del prodotto del concepimento, si pensò di tagliare la sinfisi. Evidentemente l'operatore spinse l'entusiasmo pel taglio di Sigault fino alla esagerazione e trascese i limiti, fece una operazione inconsulta e sconobbe uno dei criteri importanti della indicazione. La sinfisiotomia infatti tale quale fu proposta dal suo inventore e sanzionata più tardi dalla Scuola, tale quale la espose, la studiò e la sostenne uno degli ostetrici che più e meglio se ne occupò e ne scrisse, l' illustre Prof. G. Galbiati di Napoli, è operazione che vien praticata nell' interesse della madre non meno che del feto. L'antagonista naturale di questa operazione è la embriotomia; il che importa non esservi ragione di tagliar la sinfisi allorchè il feto è già morto o quando la sua vita è talmente compromessa da non potersi contare, che esso

sia estratto vivo e vitale dal seno della madre. Un feto prematuro, maltrattato da ripetute pratiche manuali o strumentali non può nè deve autorizzare l'ostetrico prudente e il giusto apprezzatore delle convenienze ed indicazioni di ciascuna operazione tocologica, non può, dico, autorizzarlo ad operare sulla madre; lo scopo principale della operazione mancherebbe. E a maggior ragione non si capisce che si tagli la sinfisi, allorchè il feto è già morto; secondo il mio modo di vedere la sinfisiotomia a feto premorto è un procedimento ingiustificabile, il quale merita di essere condannato e bandito dalla pratica. Operando a questo modo e nelle accennate condizioni si aumentano le cifre della mortalità e si pongono sul conto dell'arte anche gli errori degli artefici.

Studiando adunque coi criterii critici accennati la statistica noi dobbiamo escludere dal numero delle perdite imputabili alla operazione la morte delle donne segnate coi numeri 5, 8, 13, 16; e forse dovremmo anche metter fuori causa la donna citata al n. 7, imperocchè non si può veramente addebitare alla sinfisiotomia la emorragia secondaria a cui ella soccombette. Così le otto morte sarebbero ridotte a tre. Dei 5 feti perduti poi non si deve tener conto, visto che tre erano premorti e due prematuri. La statistica così depurata non lo è già per artifizio, ma per la retta applicazione dei precetti e della esatta convenienza della operazione.

Concluderò: 1° studiando accuratamente le cifre dell'antica statistica della sinfisiotomia dal 1777 (operazione di Sigault) al 1854 (80 casi), e confrontandole con le note relative ai particolari storici di ciascun caso, si rileva che la mortalità per le donne e per i bambini debba essere attribuita nel maggior numero a cause interamente estranee ed indipendenti dalla operazione; — 2° nella terza statistica (dal 1881 al 1886) (18 casi) le cifre della mortalità divengono minime, quando sieno depurate non per artifizio, ma per la retta applicazione dei precetti e per la esatta convenienza della operazione; — 3° infatti nei 50 casi della 2ª statistica (dal 1866 al 1880), nei quali i precetti furono rigorosamente osservati, la mortalità è grandemente discreta; — 4° la sinfisiotomia è operazione che può e deve rimanere nella pratica e in mani abili può dare eccellenti risultati.

TAVOLE STATISTICHE

1ª STATISTICA (da o

Num. d'ordine	Data	Nome della operata	Operatore	Luogo ove fu praticata la oper.	Stato del bacino Diametro coniugato	Du del pr e do o
1	1 ottobre 1777	Donna Souchot	Sigault	Parigi	2 poll. - 6 linee (67 mill.)	
2	4 febbraio 1778	Donna di 36 anni	Siebold	Wurzbourg	2 poll. - 9 linee (73 mill.)	
3	21 febbraio 1778	»	Deprès de Menneur	S. Paul de Leon (Brett.ª)	18 a 20 linee (40-44 mill.)	
4	28 marzo 1778	Donna Loutre	De Cambon	Mons (Belgio)	»	
5	5 aprile 1778	»	Roussel de Vauzesme	Parigi	»	
6	5 aprile 1778	»	Fr. I. Nagel	Spira (Baviera)	3 poll. (81 mill.).	
7	24 aprile 1778	»	Escardè e Retz	Arras (Francia)	2 poll. - 9 linee (73 mill.)	
8	10 maggio 1778	»	Guerard	Düsseldorf	2 poll. - 6 linee (67 mill.)	
9	1778	Donna Blandin	Sigault	Parigi	3 poll. (81 mill.)	
10	1778	Donna Verderais	»	»	»	
11	1778	Donna La Forets	»	»	»	
12	15 nov. 1778	Donna Vespres	»	»	22-23 linee (49-51 mill.)	
13	12 febbraio 1779	»	Duret	Brest	Esostosi nella parte laterale destra del sacro	Tra lur
14	30 giugno 1779	»	Van Damne	Racquenghen	»	

ad ottobre 1858).

he ovre a la z.	Presentazione nel momento della operaz.	Presentaz. alla uscita	ESITO per la madre	ESITO per il feto	Conseguenze	Osservazioni e note	Indice bibliografico
	Pelvi	Piedi	Guarita	Vivo	Incontinenza di urina	5ª gravidanza; gli altri figli morti	Baudelocque, Ostetr., Trad. Catt. Vol. IV, p. 25 e seg.
gi-to	Vertice	Estraz. per i piedi	»	Morto	»	V. la nota 1	Baud., pag. 22 § 31
	Testa e mano	Testa	»	»	»	Nota 2	Id., p. 62 § 83
	Testa con prol. del cord.omb.	»	»	»	»	Nota 3	Id., p. 55 § 76
	»	»	Morta	Vivo	»	La donna morì di gangr. dei genit. p. effetto delle offese pelv.	Harris
	Testa	Estraz. per i piedi	»	Morto	»	Nota 4	Baud., pag. 63 § 86
	»	»	»	»	»	»	Id., p. 64
di ede. for-inc.	»	Per i piedi	»	»	»	Nota 5	Id., p. 65 § 87
	»	»	Guarita	»	»	Nota 6	Id., p. 32
	»	»	»	»	»	Nota 7	Id.
	»	»	»	»	»	Mancano i particol. La donna cominciò a camm. 15 giorni dopo la oper.	Baud., p. 33
	»	»	Morta	»	»	Nota 8	Id., ivi
ute az. rc.	Vertice	Vertice	Guarita	»	Fistola urinaria	Nota 9	Id., p. 67 § 89
	Faccia in posiz. tras.	Faccia	»	Vivo	»	Il feto morì dopo 3 sett. Nota 10.	Id., l. c., p. 58

Num. d'ordine	Data	Nome della operata	Operatore	Luogo ove fu praticata la oper.	Stato del bacino Diametro coniugato	D de p e d c
15	18 luglio 1779	Giulia Collet	Leroy	Parigi	2-8 (71 mill.)	
16	24 luglio 1779	Du Belloy	»	»	2-9 (mill. 74)	
17	Gennaio 1780	Donna Loutre	De Cambon	Mons (Belgio)	»	
18	9 agosto 1780	Donna di 42 a. (primipara)	Delando diretto da Canivel	Utrera Andalusia	»	3 g tra
19	5 dicembre 1781	»	Du Chaussoi	Lyons	1-7 (45 mill.	
20	24 dicemb. 17 81	»	Antonio Lavagnino	Genova	2-5 (65 mill.)	
21	4 sett. 1782	»	John Welchman	Kingston Inghilt.	2-3 (61 mill.)	Tra lu
22	11 febbr. 1783	»	Riollay	Pimpol Francia	3 poll. (81 m.)	

he vre a la z.	Presentazione nel momento della operaz.	Presentaz. alla uscita	ESITO per la madre	ESITO per il feto	Conseguenze	Osservazioni e note	Indice bibliografico
ute i f.	Faccia in pos. tras.	Faccia	Guarita	Vivo	Prolasso dell' utero	»	Baudel., l. c. pag. 58
	»	»	»	»	»	»	Id.
	»	»	»	»	»	La stessa donna del n. 4	Id.
	»	»	»	»	»	Fatta sotto la direzione di Canivel, che eseguì la prima operaz. sottocutanea, tagliando da sopra in sotto e da fuori in dentro. La donna guarì in 38 giorni	»
ute di e. gi- to	Testa	Estraz. per i piedi	Morta	Morto	»	Nota 11	Id., l. c. p. 67
no o	»	Testa	»	Vivo. Morto poco dopo	»	Nota 12	Id., p. 68. Galeotti - Ostetr. teor.-prat. Nap. 1787, p. 196
	»	»	»	Morto	Osteomalacia. Donna da 5 piedi e 6 pollici ridotta a 4 piedi. 4ª grav. feto putr. 1ª ed unica sinfis. nella G. Brett.	»	»
gi- o	»	Estraz. per i piedi	»	pre-morto	»	Nota 13	Baud., § 91 e nota a pag. 64

Num. d'ordine	Data	Nome della operata	Operatore	Luogo ove fu praticata la oper.	Stato del bacino Diametro coniugato	Du del pr e do op
23	Marzo 1783	»	Giovanetti	B. d'Orta (Novara)	»	4 g trav
24	20 ottobre 1783	»	G. Damen	Aja	Restringimento al distretto infer. (diametro bis-ischiatico)	3 g trav
25	Novembre 1783	»	M. V.	Parigi	Supposta esostosi	
26	7 ag. 1784 - (Riportata nel Giornale di Medicina, aprile 1785).	Donna Huguet	Leroy De Mathüs	»	2-3 (61 mill.)	
27	12 marzo 1785	Incognita in casa Morlai	Leroy	»	3-2 (88 mill.)	
28	17 aprile 1785	Maria Roullé	De Mathüs	»	2-6 (67 mill.)	Tra lu
29	24 aprile 1785	»	Leroy	»	2-6 (67 mill.)	
30	11 agosto 1785	»	Damen	Aja	»	
31	»	»	De Cambon	Mons (Belgio)	Angustia del distretto inf.	
32	»	»	Lo stesso	»	2-7 (69 mill.)	
33	23 Gennaio 1786	»	Verdier Duclos	La Forté Bernard (Francia)	21 linee (48 m.)	Tra di 8

e re la	Presentazione nel momento della operaz.	Presentaz. alla uscita	ESITO per la madre	ESITO per il feto	Conseguenze	Osservazioni e note	Indice bibliografico
	Un piede	Un piede	Guarita	Pre-morto	»	Nota 14	Corradi, Storia dell'Ost. in It., pag. 64
	»	»	»	Morto	»	Nota 15	Baudel., l. c., p. 60 § 81
pp. pe. m.	Testa	Estratto per i piedi	Morta	Pre-morto	»	Nota 16	Id., pag. 69
m.	Testa	Estratto per i piedi	Guarita	Vivo	»	Nota 17	Id., l. c. p. 37 e 47
	»	»	»	Vivo morto più tardi	»	Nota 18	Id., p. 48
im.	Testa Prolasso del cord.	Estratto per i piedi	Morta	Morto	»	Nota 19	Id., p. 53
m.	»	»	»	Vivo	Prolasso del cord. mor. della donna nell' 8° g.	Nota 20	Id., p. 51-52
	»	»	Guarita	»	La stessa donna del n. 24	»	»
	»	»	»	»	»	»	»
ap- di e m.	Testa con proc. del cord.	Estratto per i piedi	Morta	Pre-morto	»	Nota 21	Baud., p. 56 § 77
e	Testa	Testa	Guarita	Vivo morto dopo mezz'ora	Fistola vescico vaginale	Pare che vi fosse errore nella misura della coniugata. Nota 22.	Id., p. 61 § 82

Num. d'ordine	Data	Nome della operata	Operatore	Luogo ove fu praticata la oper.	Stato del bacino Diametro coniugato	d e
34	1787	Vittoria di Montesarchio	Dom. Ferrara	Napoli	»	
35	2 maggio 1801	Donna Rogeau	Dufay e poi Leroy	Parigi	2-8 (mill. 72), secondo Baud. 81 mill. (3 poll.)	Tr
36	Brumale Anno X	»	Mansuy	S. Michel (Francia)	2 poll. (54 mill.).	Tr 3
37	Termidoro Anno XI	»	»	Ospedale di Parigi	2 poll. (54 mill).	Tr lu
38 (1)	1804	Donna Boulotte	Leroy	Sceau	»	
39	1804	»	G. Von Munster	Nymwegen (Ol.)	»	
40	»	»	Brodthlag	»	»	
41	»	»	Prillevitz	Olanda	»	
42	1807	Francesca De Angelis	Bruno Amantea	Napoli	Esostosi. Angustia considerevole	Tr 4

(1) Le osservazioni 35, 36, 37 e 38 non sono riportate nella statistica di Harris.

	Presentazione nel momento della operaz.	Presentaz. alla uscita	ESITO per la madre	ESITO per il feto	Conseguenze	Osservazioni e note	Indice bibliografico
	»	»	Guarita	Morto	»	Nota 23	Corradi, l. c. p. 1171. Pasqualoni, Corso di Ost. prat., Nap. 1818, pag. 256. Galbiati, Mem. sul taglio della sinfisi del pube, Napoli, 1819, pag. 39.
	»	»	»	Vivo	Zoppicamento	Nota 24	Baud. § 96
e	Testa Proc. del cord.	Testa	»	Morto	»	Nota 25	Id., pag. 73. Gior. di Med., t. V, p. 3. Brumale, anno XI.
m.	Spalla con proc. del bracc. e del cord.	Estraz. per i piedi	Morta	»	»	Nota 26	Gior. di Med., t. VI, pag. 624. Fruttidoro, anno XI
	»	»	Guarita	»	»	Nota 27	Id., p. 72 § 98
	»	»	Morta	?	»	»	»
	tronco	»	Guarita	Morto	Amputaz. del bracc.	Nota 28	Id., p. 70 § 94
	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	Morta	»	»	Nota 29	Pasqualoni l. c. p. 261. De Philippis Pietro. Note ed aggiunte alla Med. op. di Sabatier, Napoli 1822. Galbiati, Sulla sinfisi. Saggi dell' Accad. Med. Chir., v. V, foglio 4.

Num. d'ordine	Data	Nome dell'operata	Operatore	Luogo ove fu praticata la oper.	Stato del bacino Diametro coniugato	D del p e d o
43	1808	»	P. Dubois	Parigi	»	
44	1808	»	Vermandois	Bourg (Francia)	»	
45	24 ottobre 1809	Donna di 27 anni 3° parto	Dubois e Gardien	Mat. di Parigi	»	
46 (1)	»	»	Dubois e Lachapelle	»	2 poll., 3 linee (61 mill.)	
47	»	»	Béclard assistito da Dubois	»	2·7 (69 mill.)	Tra l

(1) Le osservazioni 46, 47 e 48 non sono riportate nella statistica di Harris.

e re la	Presentazione nel momento della operaz.	Presentaz. alla uscita	ESITO per la madre	ESITO per il feto	Conseguenze	Osservazioni e note	Indice bibliografico
	»	»	Guarita	Morto	»	»	»
t. m. e	Testa	»	»	»	»	Craniotomia e rivolgim. prima della oper., dopo rivolg. e forc.	»
	»	»	»	Vivo	»	»	È probabile che sia la stessa donna del N. 43, poichè abbiamo trovato nella relazione sulle sinfisiotomie praticate dal Gianni le seguenti parole: « Io proposi la sinfisiotomia appoggiato al non lontano es. del Dubois che la eseguì felicemente sulla stessa donna la seconda volta nella Maternità il 25 ott. 1809. Questa donna piccola e deforme, secondo Demangeon, aveva 2 pollici, 3 linee dal pube al sacro. – Ann. Univ. di Med., Mil. 1818, VIII, 5, 33.
m. p.	Testa	Estraz. per i piedi	»	Vivo morto poco dopo	Incontinenza di urina	Nota 30	Jacquemier. Man. des acc., 1846, v. 2, p. 484
si di . e	Testa	Vertice in pos. occipito-post. destra	»	Vivo morto dopo 2 ore	Fistola vescico vaginale	Nota 31	Id., p. 487

Num. d'ordine	Data	Nome della operata	Operatore	Luogo ove fu praticata la oper.	Stato del bacino Diametro coniugato	d e
48	»	Donna alta 3 piedi	Lambron	Parigi	2-7 (69 mill.)	T
49	1811	»	Paolo Assalini	Milano	2-6 (67 mill.)	
50	1811	Donna di 32 anni	Vermandois	Bourg	»	
51	18 genn. 1815	Rachitica di a. 17	Giacomo Gianni	Milano	2-3 (61 mill.)	7 c la me
52	Ottobre 1815	Lucia Amato	Gennaro Galbiati	Napoli	2-4 (63 mill.)	
53	16 marzo 1815	Rachitica di a. 35	G. Gianni	Milano	2-3 (61 mill.)	15 la me
54	»	»	M. G.	Batigny	»	
55	9 maggio 1818	Emmanuela De Chiara	Galbiati	Napoli	2-3 (61 mill.)	2 cir pr de
56	2 giugno 1818	Rachitica di a. 33	G. Gianni	Milano	2-6 (67 mill.)	
57	20 settemb. 1820	Maria Longobardi	Galbiati	Napoli	Bacino osteomalacico di forma triangolare appena un dito potevasi introdurre nello ingresso	

ne vre la	Presentazione nel momento della operaz.	Presentaz. alla uscita	ESITO per la madre	ESITO per il feto	Conseguenze	Osservazioni e note	Indice bibliografico
m. pe osi vi)	Testa	Vertice	Morta	Premorto	»	Procidenza del cordone Nota 32	Jacquemier, pag. 485
	»	»	Guarita	?	»	»	Corradi, l. c., pag. 1171. Atti dell'Acc. Gioenia di Catania, p. 127, 1832
m. pe r.	»	»	Guarita	Morto	»	La stessa del N. 44	»
	Estremità pelvica	Piedi	Guarita	Morto	Stillicidio di urina	Nota 33	Ann. Un. di Medic., 1818, - VIII, 5, 33. Relazione Scotti
	Estremità pelvica	Estraz. per i piedi	Morta	Vivo morto dopo 48 ore	»	Nota 34	Galbiati. Mem. sul taglio della sinfisi del pube, Nap. 1819
	Testa	Vertice in 1ª posiz.	Morta	Vivo morto poco dopo	»	Nota 35	Ann. Un., 1, 23
e	Testa	Vertice	Guarita	?	»	La donna partorì spont. l'anno appresso	Baud., § 84
	Testa	Testa	Guarita	Vivo	»	»	Galbiati, Mem. cit., pag. 34
	»	»	»	»	»	»	Ann. Univ. di Medicina
	»	»	»	Premorto	»	Nota 36	Saggi dell'Acc. Med. Chir. di Napoli, Vol. 1, pag. 12

Num. d'ordine	Data	Nome dell'operata	Operatore	Luogo ove fu praticata la oper.	Stato del bacino Diametro coniugato	D de p e d
58	1821	Fortunata Mugnai	Mancini	Napoli	2-4 (63 mill.)	
59	26 luglio 1823	Anna Petrone	Galbiati	»	Osteomalacia (V. i diametri nella nota)	5 prin la
60	1826	Raffaela Vignoli	Galbiati e Mancini	»	2-6 (67 mill.)	
61	5 marzo 1828	La stessa donna	Galbiati	»	»	F spo du
62	18 febbr. 1829	Teresa di Palma	Cattolica	»	2-6 (67 mill.)	3 tra
63	31 maggio 1833	Maddalena Verderosa	Petrunti	Vico S. Giorgio	2-3 (61 mill.)	F len na un n
64	10 luglio 1835	Anna Maria Cajazzo	Galbiati	»	2-6 (67 mill.)	4 tra
65	1835	Gaetana Coppola	»	»	2-3 (61 mill.)	O 2 il p tra

(1) Questa operazione, secondo il Galbiati, fu praticata nel dì 11 dicembre 1818, e secondo il De
(2) Harris riporta una 3ª operazione fatta dal Galbiati nel 1835. Ma evidentemente vi è errore, p

e re la	Presentazione nel momento della operaz.	Presentaz. alla uscita	ESITO per la madre	ESITO per il feto	Conseguenze	Osservazioni e note	Indice bibliografico
	»	»	Guarita	Vivo	»	Uscita spont. del feto dopo 13 ore (1)	Id., pag. 13. De Philippis, o. c. pag. 126. Rep. Med. Chir. Torino, 1882.
to- a	Vertice	Vertice	Morta	Morto	»	Nota 37	Osservaz. Med. Vol. I, pag. 84, 1823
	Pelvi	Natiche	Guarita	Vivo morto poco dopo	»	Guarita dopo 36 giorni	Id., 1828, p. 51
	»	»	»	Vivo	»	Rotto il sacco si attese invano il distacco della sinf. dagli sforzi ut.	Id., marzo 1829 p. 50. Ann. Un. di Med., 1829, LII, 560
	»	»	Morta	Morto	»	Espuls. spont. 23 ore dopo la oper. Nota 38	»
	Testa	Testa	Guarita	Vivo	»	La oper. fu pratic. 10 ore dopo colate le acque. Esfogliato un piccolo punto del pube. Guarig. in 35 giorni	Filiatre Sebezio 1834, 68. Corradi porta l'op. nel 1834; ma nella storia è detto 31 maggio u. s., ed è pubbl. nel 1834
pe	Vertice 1ª posiz.	Vertice	»	Premorto	Incontin.ª di urina	Esce guarita al 25 luglio Nota 39	Ann. Clin. degli incur., 1835, p. 240, Filiatre Sebezio, 1835, p. 285
pe	Testa	Vertice	»	Morto	»	Nota 40	Ann. Clinici, 1835, pag. 316. Relazione De Renzis (2).

La donna guarì dopo 40 giorni.
furono praticate che due sole operazioni. (V. *Annali Clinici*, anno 1835).

Num. d'ordine	Data	Nome dell'operata	Operatore	Luogo ove fu praticata la oper.	Stato del bacino Diametro coniugato	d e
66 (1)	6 febbr. 1836	Marianna Pacca	Galbiati	Napoli	1-9 (51 mill.)	C do gi tr
67	Fine mag. 1836	Maria De Stefano	»	»	2-6 (67 mill.)	F 1 c il de
68	4 giugno 1836	Rosa Speranza	»	»	2-6 (67 mill.)	
69	10 dicembre 1836	Madd. Allegretti	Rispoli	»	2-6 (67 mill.)	
70	1837	Rachitica di 30 anni	Galbiati	»	2-6 (67 mill.)	2 di p un e la
71	1 agosto 1838	Rosa Speranza	»	»	2-6 (67 mill.)	
72	1839	Teresa Sollazzo	»	»	2-4 (63 mill.)	1 tra
73	1 aprile 1840	Maria Barretta	»	»	2-3 (61 mill.)	3 di pr un d la
74	1840	Anna Gargallo	»	»	2-6 (67 mill.) (osteomalacia altre alterazioni diametriche vedi nota)	2 g d la 1 d me

(1) Questa osservazione manca nella statistica di Harris. Nell'anno 1836 furono eseguite 4 sinfisiot

e re la	Presentazione nel momento della operaz.	Presentaz. alla uscita	ESITO per la madre	ESITO per il feto	Conseguenze	Osservazioni e note	Indice bibliografico
	Vertice	Vertice	Morta	Morto	»	La donna morì senza essere liber.a Nota 41	Ann. Clin. 1836 pag. 419
e	»	»	»	Vivo	»	La morte avvenne con fenomeni di gastro-enterite. Nota 42	Id., 1836, pagina 422
	»	»	Guarita	Gemelli uno premorto l'altro m. poco dopo	»	Nota 43	Id., pag. 421. Il Severino 1836 pag. 257
	Pelvi	Estratto per i piedi	»	Vivo	»	Uscì dall'osp. il 24 dello stesso mese	Id., 1836, pagina 422
e	Vertice	Vertice	Morta	Premorto	»	Nota 44	Id., 1837, III, pag. 312
	»	»	Guarita	Vivo	»	Stessa donna del N. 68	Id., 1838, IV, pag. 490
.	»	»	Morta	Premorto	»	Nota 45	Id., 1839, pagina 287
e	»	»	»	Morto	»	Nota 46	Id., 1840, VI, pag. 307
	»	»	»	Morto nell' utero	»	Nota 47	Id., pag. 309

degli Incurabili, tre da Galbiati e una da Rispoli. (V. *Annali Clinici*, anno 1836).

Num. d'ordine	Data	Nome della operata	Operatore	Luogo ove fu praticata la oper.	Sede del bacino Diametro coniugato	Du del pr e do o
75	13 marzo 1845	»	De Renzis	Napoli	2-3 (61 mill.)	
76	1850	»	Caccioppoli	»	3 (81 mill.) Bis-ischiatico 22-23 linee	
77	1853	»	Jacolucci	»	2-8 (73 mill.)	
78	2 gennaio 1854	Bened. Grimaldi	Caccioppoli	»	»	
79	1856	»	Jacolucci	»	2-6 (67 mill.)	
80	25 luglio 1858	Raffaela Sica	»	»	2-6 (67 mill.)	

e re la	Presentazione nel momento della operaz.	Presentaz. alla uscita	ESITO per la madre	ESITO per il feto	Conseguenze	Osservazioni e note	Indice bibliografico
	»	»	Guarita	Vivo	»	»	Id., 1845, f. I, pag. 79
	»	»	»	»	»	»	Il Morgagni 1858, pag. 561
	»	»	»	Morto	»	»	Id.
	»	»	»	Vivo	»	Esce dall' Ospedale il 5 febbr. 54	Dai registri dell' Ospedale degl' Incurabili
	»	»	»	»	»	»	Il Morgagni loco cit.
	»	»	Morta	Vivo morto poco dopo	»	Il bambino era ottimestre Nota 48	Id.

Osservazione N. 2 — Nota I.

Evidentemente in questo caso vi è errore nella statistica di Harris. Il Baudelocque infatti parla di questa operazione del Siebold, dicendola laboriosa, perchè si dovette adoperare la sega per separare le ossa interamente congiunte per la ossificazione della sinfisi. E poscia soggiunge: « Malgrado gli accidenti che seguirono a questa operazione e le sue conseguenze estremamente lunghe, la donna se ne liberò felicemente. » (Baudelocque, *Ostetricia.* Trad. di Cattolica, pag. 22 § 31).

In quanto al feto ecco quello che troviamo scritto nel medesimo autore: « Rivolse il feto e lo condusse per i piedi, ma con tanta difficoltà che fu obbligato di comprimergli la testa *fortemente e senza misericordia.* » E in nota — « Il Siebold presunse in questo momento, che il feto fosse morto prima della operazione. »

Osservazione N. 3 — Nota II.

La testa del feto preceduta da una mano si era avanzata al punto da comparire alla vulva. Il signor Desprès si armava del forcipe per estrarla, allorchè il successo della nuova operazione lo induce a preferir questa. Fatta appena la sezione il feto spinto dalle contrazioni uterine supera interamente il passaggio, ma era già morto. Questa donna operata il 21 febbraio 1778 partorì naturalmente il 10 luglio 1779, e più naturalmente ancora l'anno seguente. Tutto ciò farebbe credere che la operazione non fosse necessaria, e certamente dimostra che il bacino non poteva avere le brevissime dimensioni pretese dall'operatore (18-20 linee nella coniugata). Baudelocque, *come sopra,* pag. 62.

Osservazione N. 4 — Nota III.

La donna era stata liberata col forcipe in due parti precedenti dal signor Knapp e dal signor William. C'era prolasso del cordone, al quale probabilmente dovè attribuirsi la morte del feto. (Baud., pag. 55).

Osservazione N. 6 — Nota IV.

La donna avea partorito da poco tempo il suo ultimo figlio, e ne aveva altri viventi. Si rivolse il feto e se ne fece prontamente la estrazione malgrado le difficoltà che si dovettero superare. Non diede segni di vita che per un quarto d'ora, e la madre morì prima dell'8° giorno. All'autopsia non si trovò l'esostosi, ma il diametro coniugato era di 3 pollici, le sinfisi sacro-iliache erano mobilissime, le labbra della ferita, la vagina e la parte posteriore dell'utero cangrenate, e il tessuto cellulare vicino pieno di un icore fetidissimo. (Baud., pag. 63).

Osservazione N. 8 — Nota V.

Ecco ciò che scrive di questa operazione Baudelocque (op. cit., pag. 65). « Non potendo accordarsi sulla necessità della operazione, e uno dei consulenti persuaso che si potesse estrarre il feto senza di essa, si andò a cercare uno dei piedi che si trovava in vicinanza del collo dell'utero; ma non si potè condurlo che con grandissima difficoltà in vagina, e dopo molti sforzi inutili sia per farlo discendere di più, sia per andare a prendere il secondo piede, si praticò la sezione del pube.... L'estrazione però non ne divenne più facile. Si strappò prima la gamba sinistra e si respinse la coscia nell'utero per aprirsi una strada verso la seconda estremità, che non si potè disimpegnare, quantunque vi avessero lavorato a vicenda Guérard e due suoi compagni.... Si aspettò sperando che la testa si impegnasse, ma essendo rimasti delusi si aprì il cranio, se ne evacuò il cervello, e si applicò successivamente il forcipe e l'uncino. Non se ne potè distaccare che qualche pezzo col mezzo di una sorta di tanaglia e sebbene il resto paresse irremovibile, la natura tuttavia giunse ad espellerlo dopo cinque ore di riposo. La operazione cominciata un'ora dopo mezzogiorno non finì che verso le 9 della sera. La donna sopravvisse 11 giorni. » È meraviglia che sia vissuta sì a lungo dopo così atroce carneficina!....

Osservazione N. 9 — Nota VI.

Non v'è alcun particolare per spiegare la morte del feto. Il 7 ottobre 1779 questa donna partorì naturalmente, come afferma la signora Bellami levatrice. Sigault chiamato propose la sinfisiotomia; la donna rifiutò. Sigault, che avea dopo la morte della donna conservato il bacino nella sua collezione, faceva notare che esso avesse 3 pollici nel piccolo diametro. Con queste condizioni non pare si possa attribuire alla operazione la morte del feto. (Baud., pag. 32).

Osservazione N. 10 — Nota VII.

La donna al suo secondo parto fu assistita da una levatrice, la quale fu obbligata di rivolgere il feto perchè presentava una mano con la testa. Il feto morì poco tempo dopo la nascita.

La signora Ridè ha comunicato il fatto all'Accademia di chirurgia nel 1782. Ella parla di bacino angusto davanti in dietro a cagione del grande sporto della base del sacro, che è (dice ella) incurvato al lato sinistro. (Baud., l. c., p. 32).

Osservazione N. 12 — Nota VIII.

Diametro coniugato 22-23 linee rilevato all'autopsia. Sinfisi sacro-iliache mezzo aperte, periostio distaccato, focolaio di materia marciosa di un bigio-oscuro, il quale si estendeva molto lungi nel tessuto cellulare della fossa iliaca sinistra. Il diametro era stato calcolato di 2 pollici $^1/_2$. Errore di diagnosi.... — Tristi conseguenze per cattiva indicazione!.... (Baud., op. cit., pag. 33).

Osservazione N. 13 — Nota IX.

Un travaglio già lunghissimo, un'esostosi della grossezza di una noce situata nella parte laterale dritta dell'osso sacro, al disopra della sua unione col coccige, e parecchie applicazioni infruttuose di forcipe, quantunque la testa allungata fosse impegnata fino al mezzo del bacino, furono i motivi che determinarono a fare la operazione. Incisa la sinfisi si applicò nuovamente il forcipe. Nell'atto che la testa attraversava il distretto la ferita si prolungò talmente verso la vulva che non se ne trovò separata, se non da un ponte della larghezza di due o tre linee, il quale si distrusse fin dai primi giorni, di modo che dopo tal tempo le due aperture ne fecero una sola, cui la lacerazione del perineo rese anche maggiore. Dopo ciò non è a maravigliare se la vescica e la vagina distrutte parzialmente da escare cangrenose abbiano dato luogo ad una fistola urinaria. La donna ha inoltre prolasso dell'utero e della vagina della grossezza di un pugno.

Il feto venne fuori morto. È a notare però che dopo incisa la sinfisi non si riuscì ad estrarre la testa che dopo ripetute applicazioni di forcipe e col mezzo dei più grandi sforzi. « Una ferita contusa nella parte laterale destra del coronale, ed un'altra nella parte posteriore della regione temporale sinistra dimostrano troppo chiaramente che il forcipe è stato ogni volta malamente applicato senza che sia necessario di darne altre prove. » (Baud., pag. 67).

Osservazione 14 — Nota X.

La donna era madre di tre figli. La testa del feto nel parto in cui ella fu operata, non si presentava così favorevolmente, come negli altri, essendo situata per modo che la faccia voltata di lato guardava il pube destro (posizione trasversale della faccia?). Il Prof. Van Damne procurò più volte di estrarla col forcipe trovandola fissata; indi cercò di respingerla per andare a prendere i piedi. Lo stesso fecero due suoi colleghi che egli stesso andò a cercare a Saint-Omer. Dopo la sezione dei pubi fu riapplicato il forcipe e fu estratto il feto,

la cui testa offriva da tutte le parti i segni del cattivo uso che si era fatto dello istrumento. Il feto morì per le conseguenze delle ferite tre settimane dopo la nascita. (Baud., l. c.. pag. 58).

Osservazione N. 19 — Nota XI.

Il Du. Chaussoi pare preferisse la sinfisiotomia solamente quando si avesse la certezza della morte del feto. La operazione fu difficile perchè lo istrumento non incontrò la sinfisi e cadde sul pube destro a due linee di là. Si applicò il forcipe a più riprese, e inutilmente ciascuna volta, e si terminò col rivolgere il feto ed estrarlo per i piedi; esso parve morto da molto tempo. La madre morì dopo 50 ore con offese della pelvi. Come poteva essere diversamente con un diametro coniugato di 1 pollice e 7 linee? (Baud., l. c., pag. 67).

Osservazione N. 20 — Nota XII.

Lavagnino. — Scostate le ossa e credendo che il feto fosse morto se ne fece la estrazione con l'uncino; invece era vivo, e vivo restò alcune ore. — La madre morì il 10 gennaio, 17 giorni dopo la operazione, per cangrena delle parti esterne della generazione, della vagina e dell'utero. (Baud., pag. 68).

Osservazione N. 22 — Nota XIII.

Riollay. — La donna morì un'ora e mezza dopo in un terzo accesso di sincope. Il feto rivolto e condotto per i piedi era morto e senza dubbio da qualche tempo, trovandosi già coperto di flittene. Il diametro antero-posteriore era di tre pollici, ma quello dalla punta del coccige all'orlo inferiore della sinfisi pubica era 2 pollici e 4 linee.

Osservazione N. 23 — Nota XIV.

Giovanetti. — La donna penava da 4 giorni, senza poter cacciare fuori il feto, di cui era già uscita una gamba ed era già morto. Nondimeno la donna fu salva.

Osservazione N. 24 — Nota XV.

Damen. — La donna era stata liberata in due parti precedenti con l'uncino. Era in travaglio da 3 giorni.

Osservazione N. 25 — Nota XVI.

M. V. — Che diremo di questa operazione? Si suppone un' esostosi sulla prima falsa vertebra del sacro, la quale non lascia che appena 18 a 20 linee di

piccolo diametro al distretto superiore sopra una donna, la quale avea partorito naturalmente qualche anno prima di un feto morto e putrefatto. La operazione si fa dopo varie applicazioni di forcipe e dopo che l'operatore aveva cercato i piedi, rivolto il feto e disimpegnato il tronco; il feto era morto e la madre spirante. Aggiungiamo: Non avendo istrumenti (perchè in campagna) si adopera. un rasoio, e per tagliar la sinfisi si usa un coltello ordinario aguzzato sopra una pietra. La donna muore e sul cadavere non si trova la supposta esostosi!... (Baud., pag. 69).

Osservazione N. 26 — Nota XVII.

Leroy. — De Mathiis. — La data di questa operazione riportata da Harris non è esatta. Secondo afferma il Baudelocque, Leroy non operò che 5 donne: 1ª Giulia Collet, 18 luglio 1779; — 2ª Du Belloy, 24 luglio 1779; — 3ª Huguet, il cui fatto è stato pubblicato sotto il nome del signor De Mathiis nel *Giornale di Medicina,* aprile 1785; — 4ª una incognita in casa della signora Morlai il 12 marzo 1785 (riportata nel *Giornale di Parigi* il 17 aprile 1785); — 5ª una donna il 24 aprile 1785 in presenza di Baudelocque (V. Baud., pag. 47, op. cit.). Nessuna operazione quindi fu praticata da Leroy il 7 agosto 1784. Dippiù secondo l'affermazione dello stesso Baudelocque (autorità non sospetta) delle 5 operazioni 4 donne furono salve e 5 feti vivi. Il solo bambino della donna operata il 12 marzo morì dopo circa 6 giorni. (Baud., pag. 37).

Osservazione N. 27 — Nota XVIII.

Leroy, — Il bambino dovette morire dopo 5 o 6 giorni. Infatti Baudelocque dice aver visitata la donna il sesto giorno dopo la operazione; niuna donna poteva star meglio a questo termine di puerperio. Il processo verbale fu inviato l'indomani al 1° chirurgo del Re. Il Ministro, a cui questo processo verbale fu comunicato diede ordine al luogotenente di polizia di farmi presentare il bambino, che era stato senza dubbio collocato all'Ospedale e che non poteva vedere se non col mezzo di quest'ordine; ma era già morto e non potei giudicare della sua grossezza.

Osservazione N. 28 — Nota XIX.

De Mathiis — La donna avea partorito naturalmente il primo figlio che perdette a 15 mesi, ma il secondo era stato tirato per i piedi ed il terzo estratto con l'uncino. De Mathiis fu chiamato nel tempo del 4° parto; praticò la sezione della sinfisi dopo avere aspettato qualche tempo il Prof. Leroy, Baudelocque ed il fratello che avea chiamati in consulto; una più lunga dilazione

sembrandogli doverla rendere infruttuosa per il feto, perchè una porzione del cordone ombelicale era al di fuori. L' istrumento avendo lasciata la linea verticale cadde sulla branca discendente del pube destro e lo troncò trasversalmente a sei linee circa al disotto della sinfisi stessa. Ma per tagliarla a questo modo fu d'uopo impiegare una forza considerevole, e pare che non si credette esservi giunti se non dopo aver per lungo tempo tagliato in altri siti; imperocchè lo istrumento incominciando a segare, ad una mezza linea da questa sezione restò intaccato profondamente in due siti, e lasciò i suoi frammenti impiantati nell'osso ove si osservano ancora. Credendo la operazione terminata, De Mathiis introdusse la sua mano per prendere i piedi, mentre due aiutanti scostavano le cosce con tanta forza, e soprattutto la destra che era confidata ad una persona robusta, che il capo di alcuni muscoli attaccati alla branca del pube e dell' ischio ne fu lacerato parzialmente. (Pag. 53, Baud.).

In nota poi il Baudelocque aggiunge: « Avremmo ragione di credere che la sezione della sinfisi non era fatta interamente e che non lo è stata se non dopo la morte. » Non avendo potuto disimpegnare che il piede sinistro, vi tirò sopra, e mediante molti sforzi ottenne la uscita del feto. Esso era del peso di cinque libbre ed un quarto; la sua testa non avea che tre pollici e un quarto di piccolo diametro; ma essendo stata in qualche modo schiacciata nello attraversare il bacino, si poteva facilmente ridurre alla estensione di sei linee, comprimendola tra le branche del compasso di spessezza. La coscia dritta era fratturata nel suo mezzo, e il braccio sinistro al disotto della inserzione del muscolo deltoide. Questo feto, il quale che era animatissimo nello istante che si disimpegnò il piede non diede alcun segno di vita dopo la sua uscita.

La donna morì al nono giorno. Ne è a meravigliarsi della morte, e delle offese trovate all'autopsia dopo una operazione eseguita con tanta barbarie.

Osservazione N. 29 — Nota XX.

Leroy. — La sezione della sinfisi si fece con moltissime difficoltà; si dovette andare quasi segando.... la sezione cadde sul pube sinistro a 2 linee circa dalla sinfisi. Non appena terminata la sezione si vide zampillare il sangue in forma di onde nericce ed assai grosse per ispandersi in nappi sulle parti vicine; di modo che in meno di due minuti ne scorsero quattro in cinque scodellette almeno: questo era un sangue venoso. Lo allontanamento dei pubi si fece grado a grado durante la introduzione della mano dell'ostetrico nell' utero e bruscamente nello istante in cui le natiche del feto traversarono il distretto. S' intese allora un rumore di laceramento verso la sinfisi sacro-iliaca sinistra. Lo allontanarsi dei pubi fu lo effetto del rimovimento del pube sinistro, che quasi in

intero si ritirò sotto gli integumenti; mentre il pube dritto non si allontanò che di alcune linee e ne comparve più saliente. All'autopsia gravi lesioni delle sinfisi sacro iliache, specialmente della sinistra, ed *escara gangrenosa del corpo dell'utero* (parte posteriore).

Osservazione N. 32 — Nota XXI.

De Cambon. — Donna contraffatta dell' altezza di tre piedi di Francia. Una levatrice e due ostetrici (il sig. Knap ed un suo aiutante) aveano tentato invano di portar la mano nell'utero e rivolgere il feto, *la di cui testa si presentava preceduta da un'ansa di cordone;* il forcipe si era applicato con poco successo e lasciato in sito. Knap proponeva gli uncini. De Cambon volle si sostituisse la sezione del pube. Essendo questa più laboriosa di quel che si aspettava, lo scalpello passò successivamente tra le mani di tre persone prima che la operazione fosse terminata. Niuno restò sorpreso di aver visto nascere un bambino morto; esso fu estratto col forcipe il quale si era riapplicato. La madre soccombè prima del 6° giorno per gravi offese della sinfisi sacro-iliaca destra. (Baud., pag. 56).

Osservazione N. 33 — Nota XXII.

Verdier-Duclos. — Donna di 29 anni in travaglio da 80 ore. L'operatore, il quale non ammette che un diametro coniugato di 21 linee, assicura che la testa si trovava impegnata al punto che egli non potè smuoverla col forcipe applicato a due riprese verso i lati del distretto, nè respingerla per andare a prendere i piedi, qualunque forza ei v'impiegasse. La donna guarì in 40 giorni, ma rimase con una fistola vescico-vaginale. La morte del feto poco dopo la nascita; e la fistola furono lo effetto della lunga durata del travaglio e delle manovre praticate prima della operazione.

Osservazione N. 34 — Nota XXIII.

Dom. Ferrara. — Nè il Marulla, nè il Pasqualoni parlano della morte del feto. La sinfisi restò separata sei linee circa, nondimeno la saldatura dovè essere solida, poichè la donna una ventina d'anni dopo faceva l'ufficio di *corriera.*

Osservazione N. 35 — Nota XXIV.

Dufay. — La donna fu operata dopo 12 ore di travaglio. La operazione cominciata da Dufay fu compiuta da Leroy, perchè il primo non aveva potuto trovare la sinfisi. La donna si levò e cominciò a camminare nel 13° giorno; ella quindi rimase zoppicante con dolori alla sinfisi, la quale non era completamente riunita, come assicura Baudelocque.

Osservazione N. 36 — Nota XXV.

Mansuy *(Giornale di Medicina* compilato da Corvisart, Le Roux e Boyer). La donna di 36 anni aveva avuto un altro parto, nel quale il feto avea dovuto esser estratto dopo esser rimasto più giorni nel passaggio. Ella era in travaglio da 30 ore, allorchè Mansuy fu chiamato. La testa del feto era talmente incuneata che le ossa parietali parevano contigue al pube ed al sacro senza lo intermedio di parti molli, tanto era chiusa fra queste ossa. Il cordone ombelicale pendeva fuori per la lunghezza di 6 pollici. Si tentò di estrarre la testa col forcipe, ma non riuscendo nè a farla discendere nè a respingerla si decise dopo alcune ore di riposo di praticare la sezione della sinfisi. (Baud., pag. 73).

Osservazione N. 37 — Nota XXVI.

Ospedale di Parigi. — S' ignorava da quanto tempo fosse in travaglio allorchè recossi nell'Ospizio; si seppe solamente che veniva da Melun o da' suoi contorni. Il bacino pareva avesse 2 pollici appena di piccolo diametro; un'ansa del cordone ombelicale ed un braccio del feto erano fuori usciti. Fu operata quasi immediatamente; si rivolse il feto e si estrasse per i piedi; morì nella operazione e la madre non gli sopravvisse che un istante. L'apertura del cadavere fece vedere che il diametro del bacino non avea realmente che 2 pollici, che la vagina era *ampiamente lacerata* e il corpo dell'utero ecchimosato.

Osservazione N. 38 — Nota XXVII.

Leroy. — Sia che la operazione sia stata fatta molto tardi, sia che lo allontanamento delle ossa non fosse stato assai grande per dare a questo bacino tutto lo sviluppo necessario al libero passaggio del feto, non si ebbe che un cadavere ad offrire a questa madre sventurata.

Osservazione N. 40 — Nota XXVIII.

Brodthalg. — La donna avea avuti precedentemente due figli. Dopo avere amputato il braccio al terzo che si credeva morto, si ricorse alla sezione del pube. Le ossa si allontanarono per due pollici nello istante stesso, il parto si terminò mezz' ora dopo senza altri soccorsi, e la guarigione fu compiuta il 22° giorno.

Osservazione N. 42 — Nota XXIX.

Amantea. — Il chirurgo chiamato tardi non avea potuto praticare l'operazione se non lungo tempo dopo la uscita delle acque; e quindi il feto stesso

mercè le contrazioni dell'utero avea dovuto invano urtare più volte col capo contro il bacino. Alle 5 ore della notte l'accennata donna espulse naturalmente il feto, ma morto e con varie contusioni al capo. Al di là dei 30 giorni le ossa del pube si riunirono. La donna però morì anasarcatica dopo i 40 giorni. Egli è chiaro che in questo caso la morte del figlio e della madre non sia affatto derivata dalla operazione.

Osservazione N. 46 — Nota XXX.

Dubois e Lachapelle. — Donna liberata al 1° parto con la perforazione del cranio. Ridivenuta incinta si stabilì di tagliare la sinfisi. Si rivolse prima il feto e si portò un piede allo esterno, si fece poscia la sinfisiotomia. Si tirò sul piede fuoriuscito; la gamba fu estratta ma le natiche si arrestarono. Si introdusse di nuovo la mano e si portò fuori l'altro arto. Il tronco si sprigionò facilmente, ma il piano sternale corrispondeva al pube. Quanto alla testa non se ne potè ottenere il passaggio attraverso il bacino angusto, se non con l'opera di violente trazioni, quantunque le si fosse data la direzione più favorevole. — Il feto era vivo, ma spirò poco dopo. La madre si ristabilì. — Però Lachapelle che la rivide dopo molti anni riferisce essere ella affetta da incontinenza di urina che parea dovuta ad una fistola vescico-vaginale, ma non se ne è assicurata direttamente.

Osservazione N. 47 — Nota XXXI.

La donna era stata portata all'Ospizio dopo molti tentativi di forcipe, versione e riduzione della testa che si credeva mal situata. Si aspettò..... La donna non avvertiva più da 12 ore alcun movimento fetale. La idea di perforare il cranio si presentò a Dubois, ma fu trattenuto dall'aumento di volume e dalla resistenza della tumefazione del cranio. La sezione pubica fu praticata da Béclard. Molte applicazioni di forcipe furono necessarie per estrarre la testa che avea l'occipite diretto indietro ed a destra. Vi fu suppurazione abbondante accompagnata da febbre, e la donna guari, ma le rimase una fistola vescico-vaginale. Il bambino pesava 6 libbre $^1/_2$, avea la testa voluminosa e le suture poco mobili.

Osservazione N. 48 — Nota XXXII.

Dopo numerosi tentativi per fare il rivolgimento e la estrazione del feto col forcipe, si praticò la sezione pubica quantunque il feto, il cui cordone era procidente, fosse già morto da molte ore. Fu nuovamente applicato il forcipe e la testa nello attraversare il distretto superiore produsse un rumore di lacerazione.

La inferma morì nel 6° giorno. All'autopsia si trovò un deposito di materia icoriosa e saniosa nella sinfisi sacro-iliaca dello stesso lato, e si estendeva sotto all'arcata-crurale sino all'articolazione del femore: la sinfisi sinistra non avea provato che poca distensione.

Osservazione N. 51 — Nota XXXIII.

Giovane rachitica di anni 17, ricoverata il 17 gennaio, alta piedi 3, pollici 5 parigini. La pelvi inclinata da sinistra a destra, l'osso innominato sinistro alto pollici 7, il destro 5 ed alcune linee. Acque dell'amnios sortite alle 2 dopo mezzanotte. Presentazione dei piedi. Sinfisiotomia alle 9 ant. del 18, sette ore dopo lo scolo delle acque. Il feto uscì morto. Questo avvenimento contrario a quanto si sperava mi fece supporre che essendo seguìta la estrazione senza violenza, la morte sia accaduta in grazia della pressione esercitata dall' utero per 7 ore continue sopra del feto; imperocchè in tutto questo tempo la donna fu travagliata da vere doglie di parto. Il 20 maggio la donna pativa uno stillicidio di urina.

Osservazione N. 52 — Nota XXXIV.

Venne nell'ospedale essendo già coi dolori del parto. Il feto si presentava per i piedi. Fu facile prenderli e farne la estrazione. Al momento però che procurammo di fare impegnare l'occipite nel vuoto dei pubi separati, i quali si mantenevano mediocremente allontanati tra loro da due ottimi professori incaricati del divaricamento delle cosce, si videro da tutti le parti molli materne che coprivano ancora la testa, sollevarsi attraverso l'apertura fatta a livello della cute del pube; eppure lo allontanamento dei pubi si potette calcolare a 2 pollici e mezzo circa. Il feto a termine e regolare pel volume della sua testa che avea qualche linea di più dei 4 pollici nel suo gran diametro e 2 linee e 3 pollici nel piccolo uscì vivo sebbene alquanto strapazzato e fu affidato alla casa degli esposti, ove visse 48 ore. La donna nei primi 7 giorni dopo l' operazione visse con pochissimi incomodi e di lieve conseguenza, così che con la sua lepidezza formava il trastullo della sala ove stava. Le sopravvenne però febbre con freddo, febbre che frequente quell'anno in detto spedale ci tolse via la maggior parte degli operati di pietra. Ella quindi dopo avere evacuato per bocca e per secesso molti lombrici e putride materie si morì nel 18° giorno dopo la operazione, 11° della febbre. — Autopsia: utero e vagina nello stato normale, le sinfisi posteriori mobili entrambe, ma non lacerate, nè in verun punto denudate per lacerazione di alcuna fibra ligamentosa, non ecchimosate, ma di colore ordinario e naturalissime. Le intestina però presentavano color rubicondo con

macchie livide, e contenevano gran quantità di lombrici. L'altezza di questa donna eccedeva di qualche pollice i 4 palmi napoletani, essendo stata così deformata dal rachitismo sofferto.

Osservazione N. 53 — Nota XXXV.

Rachitica di anni 35. Donna in apparenza robusta; altezza 3 piedi e 5 pollici parigini. Ricevuta il 14 marzo. Ad un'ora dopo mezzanotte sono scoppiate le membrane. Nel mattino seguente orifizio dell'utero dilatato circa 2 pollici e mezzo, testa appoggiata sul distretto superiore del bacino, dolori continui e discretamente forti; sinora nessun tumore di testa. — Alle 2 pom. continuano i dolori e sono più forti, testa inchiodata. Operazione eseguita alle 3 $^1/_2$. Il feto uscì alle 6 $^1/_2$ pom. nella 1ª posizione di Baudelocque senza aiuto dell'arte e diede segni di vita. Febbre alta. — Cura: salassi ripetuti, ipecacuana, tamarindi. Abbattimento, diarrea, morte il 23. All'autopsia: intestini distesi d'aria; i legamenti delle sinfisi sacro-iliache sono in istato naturale. Nella parte posteriore del collo dell'utero corrispondente al promontorio del sacro si trovò una ecchimosi della grandezza di un mezzo scudo. Il promontorio del sacro nello inclinare un po' a destra forma come una punta ottusa, la quale sarà stata probabilmente la causa di questa ecchimosi.

Osservazione N. 57 — Nota XXXVI.

La base del sacro protuberava in avanti, l'orlo del pube era assai prominente, di maniera da potersi argomentare che la pelvi avesse forma triangolare, lo spazio laterale del bacino angusto assai più di due terzi di ciò che dovea essere nello stato naturale; più angusto assai il distretto inferiore, sicchè un dito solo si potè introdurre in vagina, facendolo anzi entrare col margine suo radiale verso il pube. L'essere cessati i movimenti del feto e l'essersi affievoliti e fatti languidi i dolori era per noi bastevole argomento onde opinare esser esso mancato ai viventi. Il feto avea naturale ordinaria grandezza, ma era morto, come era stato innanzi assicurato. La donna guarì dopo un mese e migliorarono anche le sue condizioni generali di salute.

Osservazione N. 59 — Nota XXXVII.

La donna avea avuto due parti precedenti felici a 17 e 20 anni. Ella era in travaglio dal giorno 21 luglio. Furono tentati varii mezzi per risvegliare i dolori illanguiditi; le acque si ruppero la sera del 25; fu operata il 26 da Galbiati. Si aspettò invano il compimento del parto sino al giorno 28. Esauriti tutti i mezzi

e trovandosi le forze della donna molto depresse e credendosi morto il feto, Galbiati e Papaleo praticarono la decervellazione. Vuotato il cervello e messa in pezzi una porzione del cranio, si *forzò la estrazione della base.* All'autopsia: cangrena delle parti esterne e della vagina, la quale era anche *perforata,* della vescica e dell'utero. Il bacino invece della sinfisi pubica presenta un vero becco di boccale. Al distretto superiore: diametro s. p. 2 $^1/_2$ — Traverso 3 — Obliquo destro 3, sinistro 2 $^1/_2$ — Distretto inferiore antero-posteriore poll. 3.3 — Bis-ischiatico 2.

Osservazione N. 62 — Nota XXXVIII.

Presentasi due giorni dopo la manifestazione dei dolori del parto, e dopo essersi sin dalle 5 ore della notte precedente rotto il sacco delle acque. Abbandonatasi la espulsione del feto alle forze della natura, si sgravò la paziente 23 ore dopo la operazione di un bambino morto ben conformato. — La donna morì il 23 febbraio e l'autopsia mostrò mortificazione della vagina, dell'orifizio e della cavità dell'utero. Il feto morto pesava 8 libbre ed 8 once. È utile riferire le parole testuali di Cattolica: « Se inutili contrazioni e maltrattamenti dell'utero non avessero preceduto la operazione della De Palma nei due giorni che si abbandonò nelle mani della sciocca levatrice, probabilissimamente l'esito sarebbe stato ben diverso. Sovente per negligenza, per timidezza o per ignoranza si attende pel compimento del parto il benefizio della natura e protraendo di speranza in speranza, che le forze si esauriscono e l'utero coi suoi annessi si altera a discapito dell'esito dell'operazione che ne sussiegue. Quando non si fa anche peggio, per timore di compromettere la propria riputazione, si abbandona a sè stessa la paziente, la quale infelicemente soccombe. L'uomo dell'arte destinato a questo gran ministero, conoscendo i gravi pericoli, opera a tempo convenevole, quando a tempo convenevole è richiesta l'opera sua, allontanando sempre quel nocivo indugiare, mentre *occidit qui non servat.* »

Osservazione N. 64 — Nota XXXIX.

Annali Clinici. — Relazione De Renzis. — La operazione è praticata il 10 luglio 1835. I dolori sono deboli e rari tutto quel giorno e la notte seguente. Nel mattino appresso bagno, segala e salasso; le doglie crescono poco, si sentono i movimenti del feto. Il 12 nuova segala e bagno. Il 13 a mezzogiorno si rompono le membrane; alle ore 24 osservando prolungamento del cuoio capelluto con effusione sanguigna disotto, vi si fa una puntura. Non uscendo il feto si applica il forcipe. Il feto maschio, a pieno sviluppo è già

morto da più di un giorno; le ossa superiori della calvaria sono sconnesse ed accavallate leggermente sì per la morte che per l'azione del forcipe, la base del cranio è intatta.

Osservazione N. 65 — Nota XL.

Cominciano le doglie alle ore 24. Alle 10 ant. dell' indomani il collo è appena dilatato. Alle ore 22 consulto; parea che il capo fosse disceso nel catino, ma non era che tumore fatto dal prolungamento della cuffia. Sorta disparità tra i consulenti, alcuni proponendo il forcipe, altri la sinfisiotomia, si conviene servirsi dal forcipe come mezzo esplorativo e come semplice mezzo di trazione. Il forcipe si applica, ma la promessa non è rispettata. « I ripetuti sforzi sono perduti. Gli stessi fautori dello istrumento ne riconoscono infine la inefficacia, il danno. Facendolo rimanere applicato, si pratica la sinfisiotomia. Fu facile la estrazione di un feto maschio a piena maturità, con cuffia oltremodo allungata; morto così di fresco che faceva credere conservasse ancora qualche scintilla di vita. Il parietale destro presenta una frattura stellata e il sinistro è infossato per oltre mezzo pollice e rotto in varii punti, di modo che il diametro bi-parietale per quelle fratture e per l'applicazione del forcipe non era più che due pollici e un quarto » (De Renzis).

Osservazione N. 66 — Nota XLI.

Il 4 febbraio forieri di parto; nel giorno seguente rottura del sacco; nella sera del 5 la donna si presenta all' ospedale: orifizio dilatato del diametro di circa un pollice. Galbiati giudica il diametro sacro-pubico 2 pollici e mezzo, essendo le doglie molto deboli prescrive bagno e segale cornuta. Questi espedienti sono continuati sino al mezzodì del giorno seguente. Allora si pratica la sinfisiotomia; ma il travaglio non avanza. Verso la sera dello stesso giorno la cuffia aponevrotica del feto è molto allungata, ma le ossa non avanzano nemmeno di una linea. Si vuotano del sangue guasto le parti molli procidenti, ma si fa a meno di ogni altra operazione perchè la donna è così mal ridotta che non potrebbe sostenere la manovra. Essa muore il giorno appresso. La sezione mostra le ossa del pube lontane tra loro circa tre pollici, il taglio caduto non già sulla sinfisi, ma sibbene mezzo pollice da questa lontano sulla branca orizzontale sinistra del pube; la sinfisi sacro-iliaca destra divaricata a segno che facile riesce la introduzione di un dito; il diametro sacro-pubico 2 pollici meno un quarto; l'utero e la vagina infiammati; il feto maturo già morto da più di due giorni, che col capo sta strettamente impegnato nel distretto superiore; le ossa del cranio sono scoperte.

Osservazione N. 67 — Nota XLII.

Si fece consulto agli 11 di maggio. I consulenti credettero il diametro sacro-pubico 2 pollici, e indicarono la operazione cesarea. Galbiati fece osservare che sebbene lo indicato spazio in direzione orizzontale dal sacro al pube era sì angusto e forse anche minore di 2 pollici, pure perchè i corpi dei pubi erano piccoli, poco alti ed il promontorio del sacro alquanto più in sopra dell'ordinario, perciò lo spazio obliquo da quelli a questo era lungo più di due pollici e mezzo, e quindi conchiudeva doversi preferire la sinfisiotomia. La operazione fu praticata sul finire di maggio e dopo avere aspettato un'ora si estrasse col forcipe un bambino vivo e salvo. La puerpera cominciò ad andar male il due giugno e morì il 21 dello stesso mese, 30 giorni dopo la operazione. Non fu permessa la sezione.

Osservazione N. 68 — Nota XLIII.

Gravida la prima volta nel 1833 subì la decervellazione del feto. Dopo la sinfisiotomia vennero spontaneamente fuori due bambini, maschio l'uno, che appena diede segni di vita, femmina l'altra già morta, entrambi sì poco sviluppati che li avresti creduti del 7° piuttosto che del 9° mese. L'operata ebbe alcune schegge d'osso necrosato, le quali di tempo in tempo uscivano dal sito della operazione; ma dopo due mesi guarì completamente.

Osservazione N. 70 — Nota XLIV.

Donna di 30 anni, rachitica. Ha i dolori da due giorni; le acque sono colate dal giorno prima. Viene all'Ospedale con orifizio poco dilatato, il feto in 1ª posizione e senza alcun segno di vita, anzi a giudicare da certo fetido umore che abbondevolmente fluisce dalle parti naturali avreste avuto ragione di crederlo da qualche tempo cadavere. Doglie deboli; si cerca di rianimarle prima di fare la operazione con ripetute dosi di segale e bagno per un giorno e mezzo. Ma vista la insufficienza delle forze della natura si pratica la operazione. Viene fuori un feto guasto e morto da più giorni; la donna cessa di vivere dopo tre giorni.

All'autopsia livida e nera era la mucosa della vagina precise in vicinanza dell'orificio uterino, e sanioso e fetido umore quelle parti irrorava. Poca o nessuna distrazione eravi nelle sinfisi sacro-iliache.

Osservazione N. 72 — Nota XLV.

A 4 ore di notte cominciarono i dolori del parto, che seguitarono debolmente per tutta la notte. A 17 ore del giorno appresso il Prof. Galbiati ripete la misura del bacino col suo pelvimetro interno; nella manovra restò rotto il sacco delle acque. Fu eseguito il taglio della sinfisi con qualche stento e si vide zampillare sangue arterioso; procede il cordone freddo e senza pulsazione; cessano i dolori, le forze si indeboliscono; l'orifizio dell' utero non è dilatato più di un pollice. La sera verso le ore 23 si pratica la craniotomia e si lascia il feto nell'utero; nel corso della notte esso esce spontaneamente, è ben conformato e pare morto un giorno prima; nel medesimo giorno muore la operata.

All'autopsia: la sinfisi è al suo posto ed inalterata; le ossa del pube divaricate circa un pollice; il taglio caduto sulla branca orizzontale sinistra otto o dieci linee distante dalla sinfisi; le articolazioni sacro-iliache intatte.

Osservazione N. 73 — Nota LXVI.

Entra nell'Ospedale al 29 marzo in travaglio di parto. Nel giorno seguente non essendo completa la dilatazione si adopera il salasso, la segale e il bagno. I dolori si mantennero deboli per tutta la giornata, nel corso della notte colarono le acque. Dolori languidi tutto il giorno. La sera si stabilisce di praticare la sinfisiotomia e si continua bagno e segale. La operazione fu praticata l'indomani. Si aspetta tutto il giorno e la notte seguente, ma invano. Nel giorno appresso convenne applicare il forcipe.... e si cacciò un maschio ben sviluppato morto il giorno innanzi. La donna morì il giorno dopo.

Autopsia: Nessuna lesione alla vagina ed all'utero; le ossa del pube divaricate circa 2 pollici; la sinfisi sacro-iliaca destra in istato sano, la sinistra un po' distrutta con effusione sanguigna intorno; le ossa del pube denudate per buon tratto e incise in più punti con infiltrazioni saniose nelle vicinanze; il diametro sacro-pube 2 pollici e un quarto.

Osservazione N. 74 — Nota XLVII

Tre parti felici. Dopo l'ultimo parto dolori nelle articolazioni ileo-femorali che le impedivano di camminare. In questo periodo fu incinta; durante la gravidanza forti dolori nella pelvi. Giunta a termine fu sorpresa dai dolori del parto in casa propria; si ricoverò all'Ospedale due giorni dopo colate le acque, i dolori erano molto illanguiditi. Si pratica la sinfisiotomia e si abbandona il parto alla natura; ma la donna muore l'indomani col feto nell'utero. La sezione scopre l'utero per due terzi rotto nella sua faccia posteriore; feto e placenta ca-

duti nel ventre. Le due branche orizzontali del pube sporgevano innanzi a formare quasi un angolo acuto con manifesto infossamento nei lati, sicchè rendevano il bacino simile per la forma ad una lucerna; dalla sinfisi del pube al promontorio del sacro due pollici e mezzo; dal promontorio alla branca orizzontale pubica destra lo spazio non era più di otto linee, e dallo stesso punto alla branca sinistra un pollice e mezzo; il diametro trasverso 4 pollici e mezzo. Nel distretto inferiore lo spazio tra le branche ascendenti dell' ischio 8 linee; dal promontorio alla cavità cotiloidea destra un pollice, alla sinistra un pollice e mezzo.

Osservazione N. 80 — Nota XLVIII.

La donna venne all'Ospedale con la meccanica del parto già dichiarata; il parto era prematuro ed all'8° mese; la testa si manteneva al disopra del distretto superiore. Sinfisiotomia praticata alle 10 ant. Il feto venne fuori spontaneamente due ore dopo la operazione; era vivo, ma morì poco dopo. — Tutto faceva sperare la guarigione della donna; essa però era inchinevole ad eccedere nei cibi; ebbe gastricismo e lombrici. La ferita dal 6° giorno si mostrò spalancata e con marcia di cattiva qualità; la donna morì il 18° giorno dopo la operazione. È a notare che nel tagliare la sinfisi fu recisa un'arteriuzza e per stagnare il sangue fu versato entro la ferita a più riprese il liquore emostatico del Folliero. All'autopsia collezione di marcia tra la faccia posteriore dei pubi e il peritoneo che venendo dalla vescica si fa parietale. — In mezzo alla marcia si trova un pezzo osseo che pare venire dalla superficie recisa del pube destro. La collezione marciosa penetrava a destra fino al foro ovale ove entrano i vasi e i nervi, e di là nell'articolazione coxo-femorale. Le sinfisi sacro-iliache presentavano una certa mobilità e niente altro. Diametro sacro-pubico poll. 2-4, obliquo sinistro poll. 4-1, destro poll 3-7.

Specchietto riassuntivo.

Operazioni	Risultato per la madre		Risultato per il feto		
	guarite	*morte*	*vivi*	*morti*	*incerti*
80	52	28	33	45	3
	80		81		

1 gravidanza gemellare.

2ª STATISTICA

Num. d'ordine	Nome della operata	Data	Ospedale	Età	Causa di difficoltà	Esito rispetto alla donna	Es rispe fe
1	Esposito Anna	5 genn. 1866	Incurabili	29	Angustia pelvica per rachitismo	Guarita	Viv
2	Napolitano Anna	17 nov. 1866	»			»	
3	Pugliese Brigida	23 giugno 1867	»	40		Morta	Mo
4	Attanasio Gaetana	29 giugno 1867	»	36		Guarita	
5	Angiano Maria	15 ott. 1867	»	20		Morta	Viv
6	D'Angelo Grazia	30 ott. 1867	»			»	
7	Esposito Francesca	28 genn. 1868	»	30		Guarita	Mo
8	Bruno Rachele	4 agosto 1868	»	23		»	Viv
9	Romano Vincenza	31 agosto 1868	»			»	
10	Buongiovanni Anna	4 ott. 1868	»	21		Morta	
11	Nocera Nunzia	14 ott. 1868	»	34		Guarita	
12	Cuosto Teresa		»			»	Mo
13	Antusio Caterina	5 febbr. 1869	»	31		»	Viv
14	Esposito Concetta	1 giugno 1869	»			»	
15	Viola Angela	5 giugno 1869	»	17		Morta	
16	Tarallo Filomena	5 luglio 1869	»			»	
17	Borbonisco Carolina	8 luglio 1869	»	21		Guarita	
18	Castellano Maria	27 ott. 1869	»	21		»	
19	Bruno Rachele	6 aprile 1870	»	25		»	
20	Cenci Vincenza	27 ott. 1871	»	35		»	
21	Borghese Rosa	?	»			»	
22	Falco Maria	?	»			»	
23	Monte Rosa	?	»			»	
24	Avossa Teresa	30 agosto 1873	»			»	Mo
25	Basilica Pasqualina	?	»			»	Viv

tutto il 1880)

az. to	Diametro coniugato	Durata dei dolori prima della operazione	Causa di morte della donna	Condiz. della donna al momento della operazione	Note speciali
ce	mm. 81				
	» 81				
	» 81	Pervenuta da 4 giorni in trav. di parto	Metro-peritonite		
	» 81				
ce	» 74	Ricevuta in trav.	Flemmone iliaco metro-perit.		
	» 67				
	» 81	Sacco rotto da 14 ore			
ce	» 69	Ricevuta dopo 48 ore di trav.			
	» 67	Cord. proc. ed acq. versate da varie ore			
	» 74		Metro-peritonite		
	» 74				
de-	» 81				
ce	» 74				
	» 81				
	» 67		Metro-peritonite		
	» 74		Peritonite		
	» 81				
	» 61	Ricoverata dopo 3 giorni di trav.			
	» 69	Ricoverata dopo 36 ore di trav.			
	» 81				
	» 74				
	» 74				
	» 67				
	» 67				
	» 61				

Num. d'ordine	Nome della operata	Data	Ospedale	Età	Causa di difficoltà	Esito rispetto alla donna	Esi rispet fet
26	Tizzano Maria Grazia		Incurabili			Guarita	Vivo
27	Battaglieri Maria	7 febbr. 1873	»	22		»	»
28	Avossa Teresa	?	»			»	Mor
29	Adaba Rosa	11 marzo 1874	»			»	Vive
30	Lecce Maria	11 febbr. 1875	»			»	Mor
31	Paparone Adelaide	29 aprile 1875	»			»	»
32	Guido Rosa	13 magg. 1875	»			»	Viv
33	Anaclerio Maria	20 febbr. 1877	»	20		»	
34	Crispo Clementina	28 febbr. 1877	»	20		»	
35	De Luca Carmela	7 aprile 1877	»	27	Angustia pelvica per rachitismo	»	
36	N. Vincenza	13 ott. 1877	»			»	
37	Finizio Maria	13 ott. 1877	»	18		Morta	
38	Materasso Elisabetta	27 aprile 1878	»	27		»	
39	Esposito Raffaela	27 giugno 1878	»	20		Guarita	
40	Carretano Filomena	10 dic. 1878	»	40		»	
41	Nunziano Vincenza	5 febbr. 1879	»	22		»	
42	Ippolito Maria	9 marzo 1879	»	20		»	
43	Basile Nunzia	28 agosto 1879	»	22		»	
44	Arcieri Raffaela	6 ott. 1879	Clin. Ost.	24		»	
45	Bosco Rosa	9 dic. 1879	Incurabili	40		»	
46	Pettinicchi Giuseppa	6 genn. 1880	»	22		Morta	
47	Esposito Angiola	16 giugno 1880	»	30		Guarita	Mo
48	Pastore Cristina	20 ott. 1880	»	22		»	Vi
49	Rossi Rosa	5 dic. 1880	»			»	
50	Passalacqua Carolina	21 dic. 1880	Clin. Ost.	32		Morta	

ntaz. eto	Diametro coniugato	Durata dei dolori prima della operazione	Causa di morte della donna	Condiz. della donna al momento della operazione	Note speciali
ice	mm. 67				
	» 67				
a de-	» 67				
a ice	» 67				
	» 74				
	» 74				
	» 69				
	» 67				
	» 67	Acque versate da due ore			
	» 81				
	» 74				
	» 67		Peritonite		
	» 74		Endocardite dopo 24 giorni		
	» 74				
	» 67				
	» 74				
	» 74				
	» 81				
	» 81				
	» 66				
	» 67		Endocardite e vaginite difterica		
	» 69				
	» 81				
	» 74				
	» 67		Metro-peritonite-settica 26 dic. 1880		Vi era epidemia in Clinica

3ª STATISTICA

Num. d'ordine	Data	Nome della operata	Operatore	Luogo ove fu praticata la oper.	Stato del bacino Diametro coniugato	Dura del pa prim e dopo oper
1	19 maggio 1881	Di Lucrezia Cristina	»	Napoli Ospedale degli Inc.	2 pol. 1/2 (67 millimetri)	24 ore travag
2	18 giugno 1881	Tizzano M. Grazia	»	»	2 pol. 1/2 (67 millimetri)	24 ore travag
3	24 genn. 1882	Piacentino Lucia	»	»	2 pol. 3/4 (74 millimetri)	20 o
4	8 aprile 1882	Ponzi Concetta	»	»	Tumore duro nel lato destro del bacino	48 o
5	20 aprile 1882	Follica Anna	»	»	3 poll. (81 mill.)	30 o
6	13 luglio 1882	Di Pietro Adel.	»	»	3 poll. (81 mill.)	20 o
7	31 luglio 1882	Muccardi Raffaela	»	»	2 pol. 3/4 (74 millimetri)	24 o
8	14 genn. 1883	Esposito Luigia	»	»	2 pol. 3/4 (74 millimetri)	13 c
9	15 luglio 1883	Piacenza Anna	Morisani	Clin. Ost.	2 3/4 poll. (74 millimetri)	29 c

l Marzo 1886)

ne vre la	Presentazione nel momento della operaz.	Presentaz. alla uscita	ESITO per la madre	ESITO per il feto	Conseguenze	Osservazioni
z. edi	Pelvi 2ª posiz.	Piedi	Guarita	Vivo	»	
pe	Vertice 1ª posiz.	Vertice	»	»	»	
	Vertice	»	»	»	»	
	»	»	Morta	»	»	È da tener conto della lunga durata del travaglio e della causa dell'angustia
pe a z.	»	»	»	»	»	
o ur. pe a la m.	»	Estraz. per i piedi	Guarita	Morto	»	Vien provocato il parto prematuro nella 1ª settimana del 9° mese. Dopo rotte le membrane vien applicato due volte il forcipe indarno. Si pratica la sinfisiotomia e poscia il rivolgimento. Non riuscendo ad estrarre la testa perchè l'occipite erasi portato nella concavità del sacro, si riapplica il forcipe e si estrae un feto morto. La operazione è ingiustificabile, ed è a meravigliare che la donna sia guarita
pe	»	Vertice	Morta per emorragia secondar. da inerzia	Vivo	»	La emorragia non può essere addebitata alla operazione.
o ur. ile. pe	»	»	Morta	Morto	»	Operazione ingiustificabile
m. le pe	Vertice 1ª posiz.	» occipito pubica	Guarita	Vivo	»	

Num. d'ordine	Data	Nome dell'operata	Operatore	Luogo ove fu praticata la oper.	Stato del bacino Diametro coniugato	Du del pr e do op
10	19 marzo 1884	Cardone Giov.	Morisani	Clinica Ostetrica	Bacino spondi-lolistesico, spazio utile 68 mm.	11
11	12 giugno 1884	Marra Carmela	Martini	Ospedale degli Incurabili	3 poll. (81 mill.)	20
12	24 agosto 1884	Piccolo Agnese	Novi	»	2 1/2 poll. (67 millimetri)	3 g di
13	8 nov. 1884	Tafullo Francesca	Martini	»	3 poll. (81 mill.)	12
14	24 marzo 1885	Di Lardo Clementina	Novi	»	Osteomalacia diametro bis-ischiatico cent. 1 1/2	4 g tra
15	7 giugno 1885	Buono Rosa	Olivieri	»	2 3/4 poll. (74 millimetri)	48
16	29 sett. 1885	Narciso Anna	Novi	»	3 poll. (81 mill.)	13
17	20 dic. 1885	Addati Grazia	»	»	3 poll. (81 mill.)	48
18	8 genn. 1886	Adamo Concetta	»	»	3 poll. (81 mill.)	6

Riassunto.

Operazioni	Donne		Feti	
	G.	*M.*	*V.*	*M.*
18	10	8	13	5

3 premorti
2 prematuri

he vre a la .	Presentazione nel momento della operaz.	Presentaz. alla uscita	ESITO per la madre	ESITO per il feto	Conseguenze	Osservazioni
pe	Vertice 1ª posiz.	Vertice occip.-pubica	Morta	Vivo	»	Infezione puerperale. Parametrite. - Ascesso pelvico. - Tetano
	Vertice	»	»	»	»	Endometrite gangrenosa
se vre ent. a ope-ne	»	»	Guarita	Premorto	»	Operazione ingiustificabile. A feto morto bisognava operare sul feto
im.	»	Estraz. per i piedi	Morta	»	»	Operazione ingiustificabile
o raz. ot. ipe	Vertice 2ª posiz.	Testa	Guarita	»	»	Partorita 4 volte spontaneamente
pe	»	»	»	Vivo	»	
	Vertice 1ª posiz.	Vertice	»	»	»	
ute del pe ier a per.	Vertice trasvers. occipito a sinistra	»	Morta	»	»	È da tener conto della lunga durata del travaglio e delle ripetute applicazioni di forcipe prima della operaz.
pe	Vertice	»	Guarita	»	Viene incisa l'uretra durante l' oper. Rimane una fistola uretro-vaginale con una delle margini aderente alla parete post. della sinfisi pubica	Operata dal Prof. Morisani nella Clinica Ostetrica della fistola uretro-vaginale, è guarita.

Scuola Pareggiata di Ostetricia in Novara

CONTRIBUZIONE

ALLO

STUDIO DELLA OVULAZIONE DURANTE LA GRAVIDANZA

nota dei Dottori

PAOLO NEGRI ED **EMILIO PARONA**

Professore Direttore della Scuola — Medico dello Spedale Maggiore

Ai molti lavori finora apparsi nella letteratura medica proponentisi lo studio della questione enunciata, aggiungiamo la nostra brevissima nota presente: il motivo che ci spinge a ciò sta tutto nella grande differenza dei risultamenti finora ottenuti dai singoli osservatori. Ciò è reso in modo tipico manifesto, da due pubblicazioni apparse fra noi (per rimanere nella letteratura medica italiana) appartenenti l'una ai Professori Bertè e Cuzzi, l'altra al Prof. Bajardi.

Nella prima (*Contributo alla anatomia dell'ovaio della donna gravida*, per i Prof. F. Bertè e A. Cuzzi. — *Rivista Clinica,* luglio 1884) gli egregi autori così concludono: « Noi dobbiamo concludere che se un principio di maturazione può avvenire, nulla ci autorizza a credere che durante la gravidanza detta maturazione possa portare ad uno scoppio o deiscenza del follicolo. E ci conforta vieppiù in questo pensiero anche la considerazione di aver trovato soltanto un corpo luteo recente, mentre se ovulazione vera o deiscenza di follicolo si verificasse durante la gravidanza, come fuori dello stato gravidico, il numero dei corpi lutei avrebbe dovuto essere maggiore. »

Il Prof. Bajardi in una comunicazione fatta alla Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia il 20 aprile 1886, basato sopra ricerche fatte in ben 24 ovaie concluderebbe « che durante la gravidanza non solamente può continuare la maturazione dei follicoli di Graaf, ma può anche verificarsi la emorragia entro i medesimi e la loro deiscenza » (*Annali di Ostetricia e Ginecologia,* aprile-maggio 1886).

Avendo noi l'opportunità di disporre di due ovaia appartenute a donna operata di taglio cesareo alla Porro da uno di noi nel luglio 1885 (si veda: Negri, *Chirurgia addominale — Ann. di Ostetricia*, ecc., aprile-maggio 1886), credemmo ben fatto istituire ricerche su quelle e portare in tal guisa un nuovo materiale per lo studio della interessante questione.

Le ovaia dopo circa un anno che erano state conservate nell'alcool, furono staccate dall'utero, fatte soggiornare nel liquido del Müller, indi nell' alcool assoluto; più tardi mantenute per alcune ore nel cloroformio e chiuse in seguito in paraffina. Così allestite furono interamente sezionate con il microtomo di Schanze: le sezioni furono tutte condotte secondo un piano perpendicolare al maggiore asse dell'organo, dal margine libero all'ilo. Le sezioni ottenute furono circa 300 per ovaia: chiuse fra vetri con terebentina alcune, altre colorate con ematossilina e chiuse nel Balsamo del Canadà, furono oggetto di minute ricerche microscopiche.

Per amore di esattezza dobbiamo soggiungere che durante tale studio ci valemmo anche di altre due ovaia appartenute a donna che fu sempre regolarmente mestruata e che fu operata 15 giorni dopo l'ultima mestruazione di amputazione sopra-vaginale utero ovarica per fibroma, e di quelle di una pluripara morta per grave oligoemia da infezione palustre, in altro dei comparti dello Spedale Maggiore nel corso del 6° mese di gravidanza. Dei pezzi avuti da queste ultime ovaie ci siamo valsi più che altro per confronti, inquantochè la grave lesione generale che aveva l'ultima paziente non poteva non avere certamente una grave influenza anche sulle condizioni anatomiche e funzionali delle ovaia, che infatti ci si presentavano oltremodo piccole ed anemiche, e quindi in condizioni tali da non permetterci deduzioni intorno alla questione che ci occupava.

Le nostre ricerche furono principalmente dirette allo studio *del numero e del grado di sviluppo dei follicoli, del numero e dei caratteri dei corpi lutei.*

Rispetto al *numero dei follicoli* il nostro reperto ci fa senz'altro schierare fra i sostenitori delle idee del Sappey e di Waldeyer sulla genesi delle uova primordiali: noi diremo che il numero dei follicoli che ci si presentavano in ogni sezione esaminata era *grandissimo* e con il numero grande era pure la varietà dei follicoli stessi. La zona corticale era ovunque disseminata da follicoli primordiali variamente disposti nello stroma: in alcuni punti isolati, in altri a gruppi in numero di 3, 4 e perfino 12, 15, in altri disposti a catena. Il numero di tali follicoli nella zona corticale si poteva calcolare in media a 25 per campo microscopico (Hartnach oc. 3 — obbiet. 4).

Fra questi e nella zona corticale e nella parte centrale si notavano follicoli gradatamente più sviluppati fino a raggiungere questi il diametro massimo di

tre millimetri e mezzo: in ogni sezione, ad occhio nudo, si numeravano da 10 a 13 follicoli del diametro medio di 2 mm. I più piccoli avevano i caratteri dei follicoli primordiali; nei più sviluppati riusciva facile lo studiare non solo le singole parti del follicolo, ma eziandio l'uovo: in quelli che per sviluppo stavano fra i più grandi ed i più piccoli si potevano studiare le fasi intermedie di sviluppo.

Per il nostro studio era interessante l'occuparci soprattutto dei follicoli maggiormente sviluppati e vedere se questi presentavano o meno i caratteri di maturità.

Abbiamo notato che il diametro massimo era quello di mm. 3 e mezzo: tale misura però noi la dobbiamo considerare inferiore alla reale, perchè non deve esser stato certamente indifferente per la retrazione dei tessuti il lungo soggiorno nell'alcool ed in altri liquidi induranti: considerammo anche la minima distanza del follicolo dalla superficie dell'ovaio e questa trovammo ancora considerevole, e tale da non farci credere alla perfetta maturità del follicolo. E ciò ci risultò ancor più spiccato dall'esame delle ovaia che appartenevano alla donna operata di isterectomia per fibroma. In una di queste ovaie, precisamente l'opposta a quella che conteneva il corpo luteo più recente, vi era un grosso follicolo del diametro maggiore di 7 mm., quello certamente destinato a scoppiare 15 giorni dopo, nel quale la theca propria costituiva nel tempo stesso il contorno dell'ovaio.

Rispetto allo stato della parete del follicolo ci siamo valsi soprattutto dei caratteri dati dal Paladino nei suoi numerosi ed importanti lavori pubblicati sulla struttura e sulle funzioni dell'ovaio. Abbiamo con frequenza riscontrato nei più grossi follicoli la presenza di grossi elementi cellulari poliedrici nella parte più interna della parete del follicolo, ed abbiamo pure notata, non costantemente però e sempre in tenuissima quantità, quella sostanza dal Paladino stesso chiamata molecolare, che viene a disporsi fra parete del follicolo e granulosa. Mancava la infiltrazione cellulare fra gli strati fibrosi della theca follicoli, come noi l'abbiamo riscontrata in un follicolo presso a maturanza nell'ovaio della donna operata d'isterectomia per fibroma. — La parete di questo follicolo oltr'avere un maggior accumulo di cellule rotonde e poliedriche a contatto della granulosa, presentavasi suddivisa in diversi strati da strati alterni di elementi cellulari rotondi e poliedrici. Notiamo che in tutte le sezioni fu reperto costante una ricchissima rete vascolare peri-follicolare e capillare nelle pareti del follicolo.

In quasi tutti i follicoli, anche in quelli maggiormente sviluppati, la granulosa era costituita da elementi rotondi piccoli distinti e riuniti da una sostanza finamente granulare; era facilmente distaccabile dalla parete del follicolo

ed in essa si poteva inoltre distinguere un bellissimo disco proligero che nel maggior numero dei casi racchiudeva un ovulo con distinte vitellina, vescicola e macchia germinative. Ci fu dato anche osservare ovuli con due e quattro vescicole germinative e follicoli contenenti due e perfino quattro ovuli.

Rispetto ai *corpi lutei* uno solo spiccava sopra tutti gli altri: stava sull'ovaio sinistro e presentava tutti i caratteri dati dagli autori per i *corpi lutei della gravidanza;* il massimo diametro di questo corpo era di 7 mm. ed il minimo di 5 mm. Nelle sezioni studiate per trasparenza macroscopicamente si distingueva una parte centrale più intensamente giallastra, ed una zona corticale più trasparente a margine ondulato e ben distinto. Al microscopio la prima era formata da una finissima trama reticolare nella quale stavano sparse numerose e giovani cellule rotonde e granuli di pigmento giallo splendente.

Fra la parte centrale e la periferica si notavano distintamente dei fasci ondulati di fibrille, tra i quali serpeggiavano vasi capillari.

La zona esterna era come suddivisa in tanti settori per la presenza di trabecole disposte a raggi, trabecole che partivano alcune dai fasci fibrillari centrali, altri dalla parete del follicolo: la sostanza fondamentale era formata da tante fibrille esilissime formanti reticolo nel quale oltre a granuli di pigmento si notavano specialmente alla periferia del follicolo e verso il punto di contatto con la parte centrale elementi cellulari piccoli rotondi; questo tessuto ricordava il tessuto reticolare delle ghiandole linfatiche.

Nessun altro corpo simile od eguale nè macroscopicamente nè microscopicamente fu riscontrato nè nell'ovaio sinistro, nè in quello di destra; giova invece avvertire che per caratteri macroscopici (salvo le dimensioni) e per quelli microscopici tale corpo si mostrava eguale a due riscontrati l'uno sopra l'ovaio sinistro della gravida morta nel sesto mese, l'altra sopra una delle ovaie della operata per fibroma.

Nel resto delle sezioni ed in ambedue le ovaie notammo una grandissima quantità di follicoli che secondo noi erano in preda ad un processo evolutivo che terminava con la obliterazione. In taluni di questi follicoli sformati, con parete ipertrofica, ci fu anche dato di osservare l'ovulo isolato dal disco proligero, completamente granuloso, splendente e senza vescicola e macchia, a contorno frastagliato. Nei più grossi si poteva ancora distinguere una cavità che nei più piccoli era ridotta a semplice fessura. Per evitare una minuta descrizione di tali follicoli, che per la loro forma, disposizione ed organizzazione riuscirebbe lunghissima, diremo che essi nelle diverse fasi della loro evoluzione ci ricordavano la descrizione dei *corpi lutei falsi* data dal Prof. Paladino per quei corpi lutei che si svolgono nei follicoli non scoppiati. La interpretazione di *tali neoformazioni lutee*, oltre che in altri fatti, troverebbe un appoggio nei seguenti, che principalmente riguardano:

1° la sede: esse cioè si trovano nei nostri preparati tanto nello strat corticale che nel sub-corticale;

2° la loro reciproca disposizione a gruppi che ricorda perfettamente quell dei follicoli primordiali;

3° il fatto di trovarsi in numero maggiore nelle ovaie della operata d taglio cesareo che era la più giovane di tutte (18 anni).

Quasi in appendice aggiungiamo che nelle sezioni di tutte e sei le ovai minutamente esaminate, anche a noi non fu dato, come al Prof. Bajardi, il ri scontrare « quella particolare modificazione dell'epitelio descritta da Bertè e Cuzz dalla quale avrebbero origine grossi elementi cellulari, che rappresenterebbero secondo questi autori, un nuovo modo di genesi dei follicoli ovarici nell'età adulta. » (l. c. pag. 251, Bajardi).

La nostra conclusione sarebbe la seguente: « nelle ovaie da noi esaminate nel mentre si può accettare che molti follicoli abbiano raggiunto un certo grado di sviluppo durante la gravidanza, tuttavia nessuno per noi era arrivato a perfetta maturità, e di nessuno poi era avvenuta la deiscenza nel corso della gravidanza stessa. » Tale conclusione che starebbe con il reperto dei Prof. Bertè e Cuzzi contro quello del Prof. Bajardi ci fa sorgere un dubbio, e cioè che da donna a donna durante lo stato gravidico possano aversi condizioni differenti a noi ancora ignote, che influiscono differentemente sopra le funzioni ovariche.

Di qui la necessità di un ricco materiale opportunamente studiato prima di concludere in modo definitivo: di qui l'origine della presente nota.

Dalla Scuola, luglio 1886.

RESTAURAZIONE DEL PERINEO

NUOVO PROCESSO

2ª COMUNICAZIONE

del Prof. OTTAVIO MORISANI
Direttore della Clinica Ostetrica di Napoli

Io non intendo fare la storia della restaurazione del perineo, e molto meno descrivere i metodi ed i processi inventati e proposti affine di realizzare la perfetta riuscita della operazione. Mi limiterò solo a dire che la storia della perineorafia presenta quattro periodi principali. Il 1° comprende alcuni tentativi isolati per lo più non seguiti da buona riuscita; non esisteva a quell'epoca un processo metodico. Si trova per tal modo citata una operazione fatta da Trotola, il quale pose, a quanto dicesi, alcuni punti di sutura, ma non si accenna ad alcun particolare della operazione, la quale del resto non fu praticata per lacerazione perineale, ma bensì per rimediare ad un prolasso dell' utero. Guillemeau è un tantino più esplicito; egli narra di avere avvivato la cicatrice, avvicinate le superficie cruente, e fatta in mezzo una sutura intorcigliata, e sopra e sotto un punto di intercisa, affine di riformare l'angolo vulvare e l'angolo anale del perineo. La sutura fu fatta per una lesione probabilmente poco profonda. Guillemeau riuscì, ma non lasciò un processo applicabile a tutti i casi, sì vero che allorquando nel principio del nostro secolo Dupuytren e Boyer volevano praticare questa operazione, non trovarono un manuale bene stabilito prima di loro. Debbo citare anche il Viardel, il quale verso la fine del secolo XVII operò una perineorafia con buon esito, adoperando la sutura a *sopragitto*, e realizzando la riunione immediata secondaria, poichè egli operò la sua ammalata tre giorni dopo il parto.

Nel *secondo* periodo la perineorafia diviene una operazione classica, grazie ai lavori di Dieffenbach e di Roux. Il primo pubblicò nel 1829 due operazioni

coronate da perfetta riuscita; avviva le parti come Guillemeau, fa la sutura intorcigliata ed affine di evitare gli stiramenti e la tensione grande delle labbra della ferita esegue due incisioni liberatrici ad arco di cerchio allo esterno dei punti di sutura. Nel 1833 nelle *Memorie dell'Istituto di Francia* comparve lo importante lavoro di Roux. Questo autore sostituisce alle altre la sutura *incavigliata* profonda; passa nella profondità dei tessuti tre fili di seta doppî, che liga da ciascun lato sopra pezzi di sonda. Per tal modo i tessuti sono tenuti in perfetta coattazione, e questa sutura realizza un positivo vantaggio sulla intorcigliata, la quale stirava i tessuti in direzione anormale, obbligandoli ad adattarsi alla rigidità degli spilli, che reggevano le ligature. Egli aggiunse nella sua prima operazione alcuni punti di sutura intercisa superficiale, affine di evitare il rovesciamento in fuori dei margini della ferita.

Il *terzo* periodo è segnato dall'applicazione dei processi di autoplastica. Malgrado il perfezionamento della operazione, si lamentavano piuttosto frequenti gl'insuccessi. Si attribuirono principalmente a due cause: 1ª lo strozzamento dei tessuti compressi tra i fili e le caviglie, e la tensione delle parti, alla quale non portavano efficace rimedio le incisioni liberatrici del Dieffenbach; 2.ª la persistenza al disopra dello sfintere di una fistola retto-vaginale. Questo accidente attribuito prima alla contrazione del muscolo anale, fu combattuta con la incisione coccigea unica da Mercier, con le incisioni multiple e scoverte da Horner, e Baker-Brown, con le incisioni multiple e sotto-cutanee da Hilton.

Ma questi mezzi riuscivano impotenti ad evitare la fistola, ed il Langenbeck credendo che fosse dovuta alla introduzione dei liquidi vaginali tra le labbra dello avvivamento, dissecò d'alto in basso un lembo della mucosa vaginale, e lo fermò alla faccia superiore della sutura, formando così come un tetto protettore alla superficie cruentata. Del resto egli ritornò alle suture intercise, senza abbandonare le incisioni liberatrici del Dieffenbach. Più tardi il Demarquay volle guardarsi anche dalla influenza nociva delle materie fecali e dei gaz; e quindi sdoppiò il setto retto-vaginale, separò la mucosa vaginale dalla rettale, avvivò e cucì ciascuna separatamente, e poscia applicò una terza serie di suture alla faccia esterna del perineo. Lefort ed altri accettarono il concetto della triplice sutura, modificando più o meno il processo; Richet, Verneuil, De Roubaix ed altri molti ritenendo la necessità della doppia recentazione vollero eseguire quella del setto a modo delle fistole vescico-vaginali, e praticarono la sutura vaginale e la perineale, rigettando quella della mucosa del retto, che essi consideravano inutile e spesso nociva, poichè la credevano capace di produrre irritazioni e spasmi, da cui poteva derivare la non riuscita della operazione.

La sutura vaginale è sempre la intercisa, e la perineale incavigliata con piccole modificazioni circa il numero e la direzione dei punti. Molto somiglianti

ai processi enumerati sono quelli di parecchi operatori Tedeschi, come Simon, Hildebrandt, Heppner e Bröse, se non che quest'ultimo preferisce alle altre suture quella a *sopragitto*, che egli chiama *sutura continua a spirale,* e che esegue con fili di catgut preparati secondo il metodo di Schede.

Tutti gl'indicati processi più o meno ingegnosi sono per verità complicati e difficili ad eseguire.

Il *quarto* periodo in fine della perineorafia che comincia nel 1855 comprende l'applicazione alle lacerazioni del perineo dei delicati processi di avvivamento e di sutura inventati dai chirurghi americani per la cura delle fistole vescico-vaginali. Già nel 1830 Mettauer di Virginia ebbe la idea di adattare i fili di piombo alla restaurazione del perineo e ne ottenne buon esito in varii casi. Ma fu il Sims che introdusse e volgarizzò per siffatte operazioni la sutura a punti staccati con fili di argento. Egli poneva tre punti di sutura nelle lacerazioni incomplete (nelle quali non è compreso lo sfintere), ne applicava cinque nelle complete. Riuniva il setto vagino-rettale con simili suture, e nel praticare la riunione perineale passava il filo inferiore tra la prima e la seconda sutura del setto, e il seguente tra la seconda e la terza sutura. Oltre a ciò il Sims lasciava per dieci o dodici giorni dopo la operazione un tubo a permanenza nel retto, affine di dare ai gaz una libera uscita, avendogli la esperienza dimostrato, essere la ritenzione dei gaz accumulati nello intestino la causa ordinaria della permanenza di una fistola retto-vaginale dopo la operazione. Emmet, Gaillard-Thomas, e più recentemente Hüe modificarono il processo di Sims. Questi autori poterono convincersi, non essere necessario il tubo nel retto e lo soppressero; giudicarono invece, la fistola retto-vaginale dopo la perineorafia doversi attribuire alla retrazione delle fibre dello sfintere anale indietro dell' ano verso il loro attacco inferiore. Sicchè il primo punto di sutura situato al limite posteriore della soluzione di continuità non comprende le fibre muscolari retratte; si rifà per tal modo un perineo, e un orificio anale, ma non lo sfintere; onde avviene che le materie solide saranno ritenute; ma le materie liquide e i gaz scapperanno. Essi quindi proposero, con piccole varianti, di situare il primo punto molto indietro dalla parte del coccige. Per tal modo questo primo punto afferra i capi divisi dallo sfintere, e percorrendo un lungo cammino li pone esattamente a contatto. Questa modificazione non diede però i felici risultati che gl'inventori se ne aspettavano. La incontinenza delle materie liquide e dei gaz è rara ed eccezionale dopo la perineorafia; la riunione dei capi divisi dello sfintere è più ipotetica che reale, perocchè gli estremi divisi del muscolo non sono liberi, e checchè si dica o si faccia, si avvicinano in massa i tessuti sottoposti allo avvivamento: e d'altra parte la sutura col processo accennato produce lo inconveniente del restringimento dell'ano, il quale dà luogo sovente alla

non riuscita della operazione. La parte superiore della sutura infatti, allorchè l'ano è ristretto cede assai facilmente, e produce una fistola retto-vaginale; ed aggiungasi non esser raro, che alla prima defecazione si laceri l'angolo anale del nuovo perineo, e venga compromesso il risultato della fatta operazione.

Da quello che abbiamo detto deriva, che, più o meno perfetti, i processi di perineorafia sinora adoperati non giungono ad evitare con sicurezza i lamentati inconvenienti, e di più che molti di essi sono abbastanza complicati e difficili ad eseguire.

Ora io vengo ad esporre innanzi a voi un processo di restaurazione del perineo diviso facile e semplice, il quale pare a me che eviti i lamentati inconvenienti (tensione dei margini delle superficie avvivate, formazione della fistola retto-vaginale) ed è il seguente.

Situata opportunamente e cloroformizzata la donna e fatte divaricare le grandi labbra da due assistenti in guisa che da ciascun lato il divaricamento e la tensione siano eguali, pratico lo avvivamento in forma di un doppio triangolo; un lato è fatto dall'orlo della soluzione di continuità del setto. Questa, come si sa, ha forma di un V rovesciato con la base allo esterno verso l'ano e l'apice allo interno e più o meno in alto; ciascun lato del V viene avvivato un poco obliquamente, come si praticherebbe per una fistola vescico-vaginale col processo di Sims; la mucosa del retto, la quale per ordinario è sciarpellata verso la vagina viene scrupolosamente rispettata; la offesa di quest'orlo mucoso darebbe tale e tanta copia di sangue, e così ostinato a stagnare, che qualche volta converrebbe sospendere per parecchio tempo l'atto operativo; poscia dall'apice del compiuto avvivamento pratico una incisione orizzontale sino all'orlo del gran labbro (secondo lato del triangolo) e da ultimo congiungo questa incisione con lo estremo anale dello avvivamento del setto, conducendo il taglio rasente l'orlo del gran labbro. Queste incisioni vengono fatte successivamente all'uno e all'altro lato della lacerazione, e dopo viene avvivata la zona compresa tra le fatte incisioni. Si hanno per tal modo due grandi superficie cruente di forma triangolare che comprendono tutta quanta è la lacerazione del setto e del perineo.

Lavo e detergo con soluzione antisettica le dette superficie, arresto il sangue e procedo alla sutura ponendo il primo punto in vicinanza dell'orlo anale nel modo seguente: ho un ago sottile, lungo circa tre centimetri leggermente incurvato in punta e armato di un filo di seta fenicata; lo configgo verticalmente in uno dei labbri rasente l'orlo cutaneo, lo spingo innanzi profondamente circa un centimetro, poi lo cavo fuori, e lo porto rasente la superficie avvivata per circa sei o sette millimetri, quindi lo infosso di nuovo, e lo cavo all'orlo interno del margine avvivato del setto; pratico poscia lo stesso dall'altro lato, procedendo in senso inverso, dal margine cioè avvivato del setto all'orlo

cutaneo, in guisa che l'ansa del filo rimane libera nel lume del retto intestino. Un secondo punto parallelo al primo viene situato a circa un centimetro al di sotto con le medesime norme, e così di seguito, insino all' ultimo il quale deve superare di qualche millimetro l'angolo superiore della divisione del setto retto-vaginale; l'ansa di questo ultimo filo rimane nella spessezza del setto medesimo. Ciò posto è chiaro, che tirando i capi dei fili e stringendoli ed annodandoli successivamente, le due superficie cruentate dovranno esser poste e mantenute in perfetta coattazione, dalla parte profonda alla superficiale, e che l'alterna disposizione profonda e superficiale dei punti di sutura mentre impedisce la eccessiva tensione dei tessuti, toglie nello stesso tempo qualunque possibilità di corrugamento delle zone cruentate, le quali si corrisponderanno l'una all' altra perfettamente in piano.

S'intende, che la donna debba esser tenuta nella immobilità, le cosce fortemente avvicinate e ligate, e la chiusura del ventre assicurata coi mezzi opportuni; son cose conosciute, e sulle quali non è mestieri tornare; i punti vengono rimossi l'ottavo giorno dalla operazione.

Sinora ho praticato quattro volte la perineorafia con questo processo ed ebbi quattro risultati eccellenti; ben vero nella prima operazione adoperai i fili di catgut, i quali servirono benissimo; nelle altre preferii la seta. Il processo è semplice, facile, e se non m'inganno capace di assicurare senza alcuno inconveniente la buona e perfetta riuscita, ho voluto esporlo a voi, egregi colleghi, perchè vogliate metterlo in pratica, quante volte lo troviate degno di essere agli altri preferito.

OBLITERAZIONE DELLA VULVA

IN CASO DI GRAVI ED ESTESE PERDITE DI SOSTANZA

DELLE VIE GENITO-URINARIE

3ª COMUNICAZIONE

del Prof. OTTAVIO MORISANI
Direttore della Clinica Ostetrica di Napoli

La occlusione delle parti genitali esterne è operazione, alla quale non si può, nè si deve ricorrere, se non in casi gravi ed eccezionali, e quando non esiste altra risorsa, per evitare il gocciolìo incessante della urina e tutti gl'inconvenienti che ne derivano. Allorchè però una vasta mortificazione ha distrutto tutta o quasi tutta la parete posteriore della vescica ed anteriore della vagina, allorchè l'uretra è interamente perduta, o ne rimane appena un piccolissimo moncone, incapace di assicurare la continenza delle urine, ed esiste nello stesso tempo una comunicazione della vagina col retto intestino, la occlusione diviene operazione di necessità; è il solo mezzo di riparare al grave malanno.

La occlusione può compiersi in due maniere o cioè obliterando l'ostio vaginale *(episio-elitrokleisis)*, oppure la vulva *(episio-cheiloklesis)*; nel primo caso si chiude l'ostio vaginale, ossia le pareti della vagina nel loro principio, dal di dietro delle piccole labbra in sopra; nel secondo si oblitera la vulva, ossia le grandi labbra con la forchetta, ed anche un piccolo tratto di perineo, se occorra; tra l'una e l'altra maniera vi è grande diversità di merito e di convenienza. Nondimeno è da dire, che in generale gli operatori intaccarono nelle loro operazioni un po' più, un po' meno delle diverse parti suddette, e la qualifica di obliterazione vulvo-vaginale esprime abbastanza il concetto direttivo delle loro operazioni.

Per ottenere la chiusura dell'ostio vaginale dopo Vidal (1832-34) fu adoperato sempre lo avvivamento sanguinante e la sutura. Lo avvivamento fu fatto in senso verticale, od anche trasversale; ed alcuni formarono anche un lembo

per lasciarlo dietro l'ostio vaginale riunito quasi a tutela della riunione, ovvero adottarono la riunione per anaplastia, formando due lembi ed interponendoli nell'apertura dell'ostio.

Per riunire le parti si adoperò la sutura incavigliata, o la intercisa semplice o doppia, con fili di seta o metallici. E quando un piccolo tratto del meato urinario rimaneva, si rimase aperta questa piccola via al passaggio dell' urina e vi si applicò un otturatore a rubinetto (Maisonneuve).

La obliterazione della vulva fu praticata la prima volta dal Rizzoli nel 1867. In un caso di vasta apertura uretro-vescico-vaginale, in cui rimanevano dell' uretra pochi millimetri, egli eseguì la riunione delle grandi labbra « a tutta spessezza » (riconoscendo la insufficienza del processo di Vidal); lasciò sopra un piccolo foro, il quale rimaneva costituito come un nuovo canale, venendogli fornita la parete superiore del vestibolo, e la inferiore dal tratto ad esso sottostante delle grandi labbra saldate insieme; per tal modo un compressore avrebbe facilmente riparato alla incontinenza. Lo apparecchio di compressione fu fatto nel seguente modo « ad una striscia di cuoio stretta e fissata intorno alla pelvi ne unii un'altra, che fermai nel suo mezzo posteriormente ad angolo retto, la quale poi scendendo in basso poteva esser portata davanti contro la vulva e fissata più in su ed anteriormente nella stessa striscia circolare. Adattato avendo nel tratto di striscia che corrispondeva alla vulva un grosso cuscinetto simile a quelli che si usano per contenere i prolassi di utero, le riunite grandi labbra nel loro tratto superiore potevano così esercitare tale pressione contro il vestibolo, da non lasciare sfuggire menomamente le urine, di guisa che la donna.... poteva attendere non solo alle famigliari incombenze, ma lavorare nel campo, senza rimanere da quell'umore bagnata » (Rizzoli – *Mem. chir., ed ostetriche*, Bologna, 1869).

Del resto la operazione del Rizzoli era semplicissima; avvivamento di tutta la superficie interna d'un gran labbro, e poi di quella del labbro opposto, lasciando intatto il piccolissimo orlo della commessura superiore, e comprendendo anche una porzione del perineo, quando si trovi lacerato per parto pregresso, e poscia applicazione di quattro punti di sutura incavigliata.

È da dire però che la occlusione della vulva fu fatta anche completa, senza lasciare alcun orifizio pel passaggio della urina; la quale viene obbligata a passare per lo intestino o per un'apertura fistolosa già esistente nel setto retto-vaginale, o per un'apertura ivi artificialmente procurata, nello scopo di affidarne la continenza allo sfintere anale. Jobert e poi Bérard (1836-45) enunciarono questa idea, e il Maisonneuve nel 1852 la pose in atto. Egli distaccò un lembo sulla superficie interna delle grandi labbra, nei soli tre quarti inferiori dell' orifizio vulvare, lo ripiegò in dentro semplicemente, e poscia riunì le parti avvi-

vate con la sutura incavigliata, rimanendo aperta una piccola via al passaggio delle urine, sulla quale applicò un otturatore. Ma l'otturatore non fu tollerato, e la via rimasta aperta si restrinse. Praticò allora una fistola retto-vaginale e completò la obliterazione dell'ostio. Ma la fistola si restrinse anch'essa, e l'operatore eseguì una puntura dal perineo alla vagina, per la quale operazione la inferma morì di flebite. Una simile proposta fu fatta dal Costa-Duerte nel 1862, e il Baker-Brown praticò la obliterazione completa vulvo-vaginale, che gli costò quattro operazioni, mettendo così una barriera al disotto di una fistola vescico-uretro-vaginale, e retto-vaginale, che si trovavano insieme. Io stesso nel 1878 ho operato di occlusione vulvare Angiola Valerio, nella quale era distrutta completamente l'uretra ed il setto vescico-vaginale. La parete anteriore della vescica era saldata in dietro con la parete anteriore del retto intestino; e innanzi a questa saldatura esisteva una vasta apertura comunicante col retto. Sicchè vescica, vagina e retto formavano una grande cavità che terminava a cul di sacco. Feci lo avvivamento a modo del Rizzoli, e posi sei punti di sutura incavigliata. Il risultato fu eccellente; la donna riteneva perfettamente le urine, ed emetteva a volontà per l'ano urine e fecce. La osservazione fu pubblicata nel *Giornale Internazionale delle Scienze mediche* (anno 1879) del Dott. Giuseppe Consalvi, allora assistente della Clinica ostetrica, ed è citata nella mia statistica delle operazioni di fistole uro-genitali al N. 10.

Più tardi nel 1880 ebbi a curare una Gelsomina Longo (N. 31 della citata statistica). Ella aveva una cloaca uro-genitale (distruzione della parete vescico-vaginale, e di tutta l'uretra). Pensai di perforare con grosso trequarti il setto retto-vaginale, e cicatrizzato il foro, obliterai la vulva con quattro punti di sutura incavigliata. Rimase un foro nel margine inferiore della vulva, pel quale fui costretto a praticare due volte lo avvivamento, e poscia l'applicazione di tre punti di sutura intercisa metallica. La donna fu infine guarita, emettendo a volontà urine e fecce pel retto-intestino.

Se non che nel 1883 ritornò in Clinica, presentando due fori lungo la vulva occlusa, dai quali gemeva la urina. La esplorazione da uno dei fori con catetere metallico faceva notare una grande quantità di calcoli nella cloaca, dei quali alcuni molto grossi, e dalla via del retto si trovò quasi completamente occluso il foro di comunicazione tra questo e la vagina. Fu mestieri incidere largamente la vulva, estrarre i calcoli, e più tardi rifare la perforazione del retto nel seguente modo. Introdotto nello intestino uno speculum di legno a fondo chiuso, con largo foro nella parete anteriore, si afferra con uncino la parete rettale sporgente attraverso il foro, e col coltellino del cauterio di Paquélin si esegue una larga perdita di sostanza a circa tre centimetri dal foro anale. Ottenuta la cicatrice, e constata la esistenza di un'apertura ampia e beante, si procede

di nuovo alla obliterazione della vulva con la medesima sutura incavigliata, a cui si aggiungono alcuni punti di sutura intercisa metallica superficiale. La donna si tiene in osservazione sino al dicembre del 1884. Ella depone a volontà pel retto fecce ed urine, e la comunicazione tra retto e vagina è sempre ampia e ben conservata. Se non che nel primo caso e nel secondo si verificarono piccole mortificazioni nei punti ove era maggiore la compressione esercitata dalle caviglie (pezzi di catetere elastico), dalle quali gemeva la urina e per le quali dovei praticare ripetute cauterizzazioni, sicchè la cura fu piuttosto lunga e noiosa.

Nel corso del corrente anno scolastico ho operato altre due donne affette da vaste ed estese perdite di sostanza del setto vescico-vaginale con completa distruzione dell'uretra. Anche in queste lo avvivamento e la perforazione del retto fu praticata con lo stesso processo; ma la sutura fu diversa. Per verità era rimasto poco contento dei risultati ottenuti con la sutura incavigliata. Le mortificazioni seguite alla pressione delle caviglie, le fistole succedute rendevano la cura fastidiosa ed obbligavano a cauterizzare ripetutamente, la qual cosa non è nè utile, nè piacevole e inoltre è sempre necessario aggiungere alla incavigliata la sutura superficiale a punti staccati degli orli delle grandi labbra, i quali senza di questa rimarrebbero separati, e si arrovescierebbero in fuori. D'altra parte poco o nessun benefizio è da sperarsi dalla sutura intercisa semplice o doppia, e dalla intorcigliata. Queste suture assicurano la riunione superficiale, ma non la coattazione nella profondità delle superficie avvivate. Ecco perchè ho adoperato in queste due ultime operate una sutura simile presso a poco a quella da me proposta per la sutura del perineo. Adopero aghi lunghi 5 centimetri, leggermente incurvati nella punta, armati con fili di seta e tenuti col porta-aghi di Sims; pongo prima il punto inferiore nel seguente modo: conficco l'ago nell'orlo della fatta recentazione, e lo spingo nella profondità dei tessuti, esco poscia a circa un centimetro, e passo in superficie per 6 millimetri circa, poscia lo infosso di nuovo, e di poi nuovamente lo cavo, e così di seguito sino a percorrere tutto il labbro avvivato di un lato; l'ansa di questo primo punto resta attraverso il setto retto-vaginale; quindi percorro la stessa via in senso inverso, ma nel medesimo modo sulla faccia interna del labbro opposto ed esco infine all'orlo dello avvivamento. Proseguo per tal maniera di basso in alto sino all'angolo superiore della vulva, lasciando le anse inferiori dei fili nella spessezza del setto retto-vaginale, le medie nel cavo della vagina, e le superiori nella spessezza dei tessuti ove corrisponde il vestibolo. Stagnato bene il sangue e deterse le superficie con lavande antisettiche al sublimato, tiro i fili e li annodo successivamente, facendo esercitare leggiera pressione sulla faccia esterna delle grandi labbra. È evidente che con l'opera di questo modo di sutura le superficie cruentate vengono poste e tenute in esatto combaciamento dalle parti pro-

fonde alle superficiali, come del resto si può rilevare dai sunti storici delle due operate che io vi presento; e dai quali rileverete che una è perfettamente guarita, e l'altra trovasi tuttavia in cura (1).

Tra il processo di Rizzoli e quello da me adoperato, io credo che la preferenza spetti al secondo. La operazione dell'illustre compianto Prof. di Bologna fu operazione fortunata, ma non si può affermare, che tutte le donne operate a quel modo possano deporre le urine quasi a getto dal pertugio lasciato nell'angolo superiore delle grandi labbra; ma quando anche ciò fosse, non si può non tener conto della necessità di portare lo apparecchio di compressione. Qualche volta non è tollerato, sempre dà una certa molestia, e non favorisce certo la libertà dei movimenti, soprattutto nelle donne, che sono addette a lavori incessanti e non leggieri. Tutti gl'indicati inconvenienti sono evitati con l'altro modo operativo, col quale tranne la diversità della via, le urine vengono espulse, come dal condotto naturale.

E d'altra parte col processo da me adottato pare che le difficoltà mosse contro la perforazione rettale, e la chiusura della vulva non abbiano gran valore. Si è opposto infatti, che l'apertura retto-vaginale non sempre si manterrebbe aperta; ciò potrebbe esser vero, quante volte il foro fosse fatto per semplice incisione; come avvenne nel caso sopra citato, e riportato nella mia statistica al N. 31. Ma quando si fa una perdita di sostanza e si adopera il ferro rovente, la diminuzione del foro non mi pare si debba temere. In quanto ai pericoli della perforazione retto-vaginale, mi sembrano più illusorii che reali, allorchè non si voglia operare la soluzione di continuità del setto tanto in alto, da avvicinarsi molto al cul di sacco peritoneale.

Nè temiamo il diverticolo che si dice potersi stabilire in vagina, ove la urina potrebbe ristagnare. Questo poteva bensì stabilirsi nel caso del Baker-Brown, nel quale la fistola retto-vaginale era a 2 pollici dall'ano; ma una perforazione a tanta altezza non ci pare necessaria, nè noi la consigliamo, e tenendoci a 2-3 centimetri dall'orifizio anale, ci pare che sia bene, e che i diverticoli sarebbero evitati.

Aggiungeremo, allorchè una fistola vescico-vaginale preesista, la necessità, ove si adatti il procedimento del Rizzoli, della doppia operazione, la chiusura cioè della fistola e poscia la occlusione vulvare, la qual cosa vuole essere anche tenuta a calcolo.

Nè troviamo giustificata la pratica di coloro, i quali, in caso di doppia fistola vescico e retto-vaginale, con conservazione di un moncone brevissimo d'uretra, e tale da non assicurare la ripristinazione della continenza vorrebbero

(1) Questa seconda donna è morta per malattia acuta febbrile estranea affatto alla operazione.

imitare la operazione fatta dal Simon. Questi in un caso, in cui le pareti vescico-vaginali, e retto-vaginali erano distrutte al punto, da rimanere solamente centimetri 1 $^1/_2$ della prima e cent. 3 della seconda cominciò dal chiudere tre piccole fistole vescico-vaginali, saldandole sull'utero disceso in basso, e più tardi poi chiuse la fistola retto-vaginale, insinuandovi il muso di tinca diretto verso lo intestino; onde l'orifizio dell'utero venne ad aprirsi nel retto, e il sangue mestruo venne fuori per questa via. Operazione difficile ed impicciosa, nella quale le difficoltà non sono abbastanza compensate dalla perfezione del risultato.

Concludiamo: 1.° Nelle vaste perdite di sostanza della parete vescico-vaginale con distruzione completa, o quasi dell' uretra quando esista una fistola retto-vaginale abbastanza ampia, il processo ad ogni altro preferibile è quello di fare la obliterazione della vulva mediante lo avvivamento dell'uno e dell' altro grande labbro a tutta spessezza.

2.° Ove la fistola retto-vaginale sia molto angusta, e sembri insufficiente ad assicurare il libero passaggio delle urine, converrà ingrandirla, prima di praticare la occlusione.

3.° Allorchè la comunicazione col retto non esista, meglio che operare a modo di Rizzoli, conviene praticare la perforazione del setto vagino-rettale a 2-3 centimetri dall'ano, facendo una perdita di sostanza col coltellino del cauterio di Paquélin, ed assicurata la cicatrizzazione del foro, procedere alla obliterazione completa della vulva.

4.° A tutte le altre suture adoperate per occludere la vulva merita di esser preferita quella da noi proposta, sutura *orizzontale* alternamente *superficiale* e *profonda*, la quale assicura la perfetta coalizione delle superficie cruentate.

Società italiana di ostetricia e ginecologia.

2.ª RIUNIONE ANNUALE.

UN CASO
DI ECCESSIVA INCLINAZIONE DEL BACINO

COMUNICAZIONE

del Dott. VINCENZO LAURO
già Medico-Assistente nella clinica ostetrica di Napoli.

Ho impreso a studiare la osservazione clinica che segue, non per volontà di bruttar carta, ma perchè mi è sembrata di una certa importanza, per le condizioni speciali in cui si svolse.

La inclinazione del bacino, sia essa eccessiva o difettiva, dalla comparsa dei lavori del Meyer non ha più, quella grandissima importanza ostetrica, che vi annettevano gli antichi, perchè come meglio svolgerò nel decorso del lavoro, non v'ha vizio di direzione, a cui la terapia non ovvii assai facilmente; massime quando questa inclinazione è accompagnata a bacino perfettamente o quasi perfettamente ben conformato.

Nè, come dicevo, la eccessiva inclinazione della pelvi di questa donna, avrebbe meritata la pena di occuparsene, se non fosse accompagnata da particolarità, che la rendono scientificamente ed un po' anche praticamente importante.

Le inclinazioni, infatti, del bacino, non sono un caso assai raro; tutti i libri son ricchi di citazioni di simil genere, e la messe diventa ancor più grande, se si vogliono aggiungere i pezzi inediti esistenti nei musei anatomici. Ma, e lo dirò più estesamente in appresso, tutti son d'accordo nel ritenere esser *sempre la eccessiva inclinazione del bacino, accompagnata o prodotta da doppia lussazione dei femori.*

Però, e qui sta secondo me, la importanza della mia osservazione, di casi

di inclinazione eccessiva del bacino, fino al grado da me riscontrato *con lussazione unilaterale*, a dir vero, a mia conoscenza non ne sono che pochissimi casi, e di cui il solo Lefeuvre ne fa cenno nella sua tesi.

Nè solamente questa e la parte importante della mia osservazione, in quanto che dalla dettagliata relazione della storia (ed appunto per questo la riferisco nei suoi dettagli), scaturisce, che in questa donna la inclinazione del bacino fu prodotta da una causa speciale, di cui, non trovo una seconda osservazione nella storia della scienza, almeno che sia a mia conoscenza.

Nè basta, poichè in questo caso non si è verificato un fatto, che normalmente suole avverarsi, e su cui tutti gli autori sono d' accordo, voglio dire la inclinazione laterale del bacino e la stenosi corrispondente al lato lussato.

Più, questa osservazione acquista anche un po' di importanza e di terreno nel campo pratico, in quanto che, come riferirò in prosieguo, la terapia, per ovviare al difetto d' inclinazione, *dovette* in questo caso esser diversa da quella che trovasi prescritta da quasi tutti gli ostetrici, e su cui essi sono pienamente d'accordo, suggerendo un mezzo egualmente facile e del tutto semplice.

Se il caso adunque per queste ragioni, non mi fosse sembrato scientificamente, ed un po' anche praticamente, degno di menzione, certamente non avrei voluto abusare della bontà di chi mi leggerà e che io d'adesso ringrazio.

Nel novembre 1885 veniva ricoverata nella Clinica Ostetrica di Napoli la nominata Giuseppa Orabona di anni 20 da S. Giovanni a Teduccio e di condizione donna di casa.

Dei suoi genitori nulla sa dire di preciso, specialmente riguardo a malattie sofferte: assicura però che fu nutrita da altra donna, che non fosse la madre, la quale or son 7 anni finì di vivere con malattia rettale, di cui non sa dare ragguagli.

Racconta che nella sua infanzia, e precisamente quando non ancora aveva completato un anno di età, cadde dalla sua culla, ed a quanto le raccontarono, pare che nella caduta, l' arto destro fu quello che per primo battè la terra, e supportò tutto il peso del corpo. Raccolta dal suolo fu rimessa in cuna, e mentre pria di questo accidente, cominciava a tentare i primi passi del camminare, da questo momento in poi, non volle più saperne di poggiare i piedi a terra. Anzi ricorda, che ad ogni minimo toccamento, ad ogni compressione, eseguita a caso od artatamente, in corrispondenza della articolazione coxo-femorale del lato destro, avvertiva dolori intensissimi. Nè era sempre necessaria un' azione esterna per risvegliare le sofferenze in parola, essendo esse continuate anche nel più completo riposo; ma certamente esacerbate dai traumi.

Dopo un certo tempo, e quando col riposo le sofferenze della bambina non

diminuivano, fu invitato un uomo dell'arte, il quale fece localmente praticare sanguisugio, senapizzazioni ed altre cure di cui la donna non sa dire più che tanto.

All'età però in cui la bambina incominciò novellamente a camminare, tutti i suoi si preoccuparono della claudicazione da cui era affetta, e delle condizioni anormali in cui si trovava la donna soggetto del mio esame; laonde chiesero i soccorsi dell'arte, e fecero ricoverare la bambina nella Clinica Chirurgica di questa Università.

Quale sia stata la natura del morbo, quali le particolarità che lo accompagna, sono notizie per quanto importanti, altrettanto impossibili a potersi avere, atteso l'intervallo di tempo troppo lungo interposto fra la malattia sofferta e l'attualità. La donna però rammenta benissimo, che le furon praticate delle incisioni in corrispondenza del sito della affezione, residuate nelle cicatrici di cui terremo parola; e fu applicato al suo arto ammalato un apparecchio ad estensione continua, per ottenerne lo allungamento.

Null'altro sa riferire che potesse esser di guida alla ricognizione della natura del morbo.

Rimase nella Clinica oltre due mesi, e fu dimessa in buone condizioni, e con prescrizioni curative da adoperare a casa.

Nessun'altra malattia o sofferenza di sorta accusa d'aver patito negli anni vissuti fin oggi.

Fu mestruata la prima volta all'età di anni 14 ed i catamenii furono d'allora sempre regolari per la loro comparsa, e non mai accompagnati o preceduti da anomalie importanti, se togli, che alcune volte eran preannunziati da dolori i quali cessavano col comparire del sangue. Avevano la durata media di giorni 5 ed erano abbondanti nei primi 2 assai scarsi nei rimanenti.

Assicura che inconsapevole della possibile cattiva conformazione del suo bacino, ed inconscia delle possibili conseguenze dei parti, passò a marito il dì 24 maggio 1885 epoca da cui non vide più comparire le sue regole, datando l'ultima il 18 stesso mese.

Gli abbracciamenti matrimoniali non poterono mai verificarsi nel modo ordinario, ed il marito è costretto ad adempirvi *more pecudum*.

La sola soppressione delle mestruazioni fu il fenomeno che fece sospettare alla donna di essere incinta, non avendo mai sofferto alcun fenomeno simpatico a meno che disgusto per certi cibi, come ad es. melangiane e peperoni.

Al terzo mese di gestazione, calcolato sulle mancanze mestruali, richiese di consigli una levatrice, la quale assicurandole la esistenza della gravidanza, ed un complicante bacino viziato, le consigliò di consultare un ostetrico, essendo di parere aver ella bisogno delle risorse della scienza. Fu dietro tali assicurazioni che la donna si decise a ricoverare nella Clinica.

E incinta per la prima volta, e lo esame della donna fa rilevare quanto appresso.

Quello che immediatamente colpisce l'attenzione di chi osserva la Orabona, è una certa claudicazione, non ostante che la donna cercasse di rimediare al suo zoppicare, allungando esageratamente il tallone della calzatura dell' arto destro.

Denudata la donna si nota che il suo scheletro è irregolarmente conformato, ma la nutrizione è buona, il colorito della pelle bianco, e le mucose rosee.

Quando la si esamina dal piano anteriore, si notano le seguenti particolarità.

La spalla destra è ad un livello molto più basso della sinistra, ed alquanto appiattita; anzi ambedue sembrano come rotate intorno all' asse verticale del corpo, in guisa che la spalla destra si è portata indietro e la sinistra in avanti.

La porzione superiore del tronco, a cominciar dall' ombelico, sembra come portata in avanti, mentre dall'ombelico in giù pare spostata indietro; di maniera che, a chi osserva da questo piano, apparisce il tronco come indipendente dal bacino, tanto è questo portato fortemente indietro.

I genitali esterni sono assai poco appariscenti, vedendosi soltanto il pelame del monte di Venere, e gli arti inferiori si mostrano tutt' affatto disuguali così per lunghezza, come pel grado della loro nutrizione.

L' arto destro è molto raccorciato rispetto al sinistro, il quale si mantiene in una permanente flessione leggera; e ad estensione completa dell'arto sinistro, acciocchè il destro possa equipararlo in lunghezza, è necessità che il piede si metta in estensione sulla gamba, (piede equino) e che poggi al suolo soltanto la faccia plantare delle dita; e può dirsi, senza falsare, che il peso del tronco sarà così, in totalità, supportato dal capo dei cinque metatarsei che poggiano parimenti sul suolo.

Il livello delle articolazioni tibio-tarsee è ineguale, come lo è altresì quello delle articolazioni del ginocchio, rimanendo sempre le destre, in un piano trasversale, molto superiore alle sinistre.

L'arto destro si mantiene altresì permanentemente in un leggiero grado di rotazione all'esterno, e la sua nutrizione, relativamente a quello del lato opposto ed al generale della donna è alquanto scaduta.

Alla radice della stessa coscia, e propriamente verso la unione del suo terzo superiore col terzo medio, esiste una vasta cicatrice, di forma irregolare, retratta nel centro, da dimostrare chiaramente che è aderente ai tessuti sottostanti, e di colorito bianco-perlaceo. Altra cicatrice più piccola, di forma pur essa irregolare egualmente retratta, infossata e bianco-perlacea esiste nella regione glutea e precisamente in corrispondenza del suo terzo posteriore e superiore. Quest' ultima invisibile dal piano anteriore della donna, è menzionata qui per comodo di descrizione.

Dette cicatrici sono il risultamento delle operazioni subìte nell'età infantile e di cui innanzi tenni parola.

Se ora si fa lo esame del piano posteriore della donna, oltre a notare il dislivello tra le spalle, si rimane grandemente sorpresi dalla esagerata insellatura a cui partecipa, la porzione dorsale, e lombare della colonna vertebrale, ed il sacro istesso, costituendosi il maximum della curvatura lordotica in corrispondenza delle ultime vertebre dorsali e prime lombari. È da notare altresì che, non ostante la donna fosse ben provvista di adipe, in corrispondenza delle apofisi spinose di tutta la colonna vertebrale si rinviene un solco molto infossato relativamente a quello che s' incontra ordinariamente, limitato da due sollevamenti laterali, che senza più diciamo esser fatti dai muscoli lunghi del dorso contratti.

Colpisce pure e fa grande impressione, la esagerata sporgenza delle natiche indietro, le quali alla loro volta pare abbiano subìto come un movimento di rotazione dal basso in alto e dall'avanti indietro, girando intorno ad un asse trasversale.

La natica sinistra conserva la sua rotondità normale, mentre che la destra è rimpicciolita, ha perduta la sua rotondità naturale potendosi dire appiattita, e mostra in corrispondenza del suo terzo posteriore quella cicatrice, che per comodo di descrizione soltanto ho esposta unitamente a quella della radice della coscia, e visibile dal piano anteriore.

Posteriormente i genitali esterni sono molto più appariscenti di quello non lo siano in avanti; e da questo piano nulla di più di quello che ho detto dal piano anteriore, si ha a notare riguardo agli arti addominali, se togli che immediatamente al disotto della cicatrice sulla natica mostrasi una forte sporgenza.

Nè meno interessante è la ispezione del piano laterale, specialmente il destro. Da questo punto la lordosi dorso-lombare, è ancor più apparentemente pronunziata, ed il corpo della donna rassomiglia quello di una Sirena, ovvero come dicevo innanzi fatto da due porzioni, superiore l'una costituita dal tronco dall'ombelico in su, diretto verticalmente e spostato in avanti, inferiore l' altra e diretta quasi orizzontalmente, costituita dalla porzione inferiore del tronco compreso il bacino.

Nella posizione eretta se la donna vuol mettersi in riposo, ed è a piedi nudi, poggia a terra tutta la pianta del piede destro, mettendo in semiflessione tutto l'arto di sinistra; al contrario quando vuol raddrizzarsi è costretta ad estendere il ginocchio sinistro, e mettere il piede destro nella posa del piede equino.

Le ginocchia si trovano sempre a livello diseguale, meno quando la donna si mette nello stato di riposo, poggiando ambedue i piedi a terra: in questo

caso, il livello dei due ginocchi, è vero che è situato sul medesimo piano orizzontale, però per la semiflessione a cui è obbligato l'arto sinistro, esse dovranno necessariamente poggiare su d'un diverso piano verticale, anteriore pel sinistro posteriore pel destro·

Esaminando più minutamente le singole località deformate, si ottengono i seguenti risultamenti.

Palpando la colonna vertebrale si nota che il maximum della concavità lordotica corrisponde alla 12ª apofisi spinosa delle vertebre dorsali, e misuratala col goniometro del Prof. D. Morisani (1) si ottenne una profondità di mm. 95. È notevole in questa misura che la branca verticale dello istrumento poggia con la sua estremità superiore in corrispondenza delle prime vertebre dorsali, mentre che lo estremo inferiore corrisponde verso la punta del sacro.

Esaminando il sito della deformazione principale, voglio dire la natica di destra, si nota che il gran trocantere corrispondente è reso assai superficiale, forma quella sporgenza già notata colla ispezione al disotto della cicatrice, ed è altresì spostato notevolmente indietro ed alquanto in alto. Esso è perfettamente immobile, e per quanto si sia potuto ricercare, non è stato possibile di sentire nè la testa del femore, nè la cavità cotiloidea, certamente nascosta e riempita da tessuti neoformati.

È notevole altresì che intorno al trocantere, ed in generale può dirsi, intorno a tutta la estremità superiore del femore, si sentono tessuti di durezza ossea, tessuti i quali han fatto perdere alla estremità femorale tutti i suoi grossolani caratteri anatomici.

Circondando la sporgenza fatta dal creduto trocantere, soltanto posteriormente è dato di infossare profondamente nei tessuti molli l'estremo delle dita, le quali notano la continuazione dell'osso verso il davanti ed in alto. Le cicatrici descritte sono perfettamente aderenti all'osso sottostante.

La mobilità femorale è totalmente abolita, e quando si cerca d'imprimere movimenti alla coscia, ovvero di farli attivamente eseguire dalla donna, essi sono il risultato d'un movimento di totalità che eseguono simultaneamente così il femore come il bacino. E quando si fa irrigidire tutto l'arto, immobilizzando anche la gamba sulla coscia, i movimenti di rotazione impressi all'arto istesso, sono il risultamento d'una rotazione totale, che quasi tutto il corpo della donna fa su d'un asse verticale.

Le modificazioni certamente più importanti sono quelle che si riscontrano sul bacino.

In vero il grado della sua inclinazione è di molto esagerato, di maniera che non soltanto la sinfisi pubica è portata fortemente in basso ed indietro, in

(1) Nuovo goniometro ad uso chirurgico del Dott. D. Morisani. Napoli, 1879.

modo che la sua faccia anteriore è diventata inferiore e l'interna superiore, ma il sacro ancor più chiaramente dimostra che la sua faccia posteriore è diventata quasi nettamente superiore, mentre che la sua faccia interna è addivenuta inferiore.

Queste modificazioni saranno più manifeste allorchè segneremo la misura della inclinazione del bacino.

Allorchè la donna decombe in posizione orizzontale, poggiando sul piano dorsale, e *cogli arti inferiori in estensione*, tocca il letto con le spalle ed il bacino, rimanendo la insellatura presso che nel medesimo grado.

Ed è importantissimo a notare, che la inclinazione del bacino non rimane affatto modificata, di maniera che la donna invece di poggiare sulla faccia posteriore del sacro, come nei casi ordinarii, decombe sulle tuberosità ischiatiche; conservando, in altre parole, nel decubito dorsale la stazione sui medesimi punti, sui quali poggia la donna, perfettamente ben conformata, nella posizione seduta. Però se stando in questa posizione si fa flettere alla donna, od artificialmente si flette, la coscia destra sullo addome, restando anche in estensione la sinistra, la inclinazione del bacino diminuisce grandemente, e con essa la lordosi della colonna vertebrale si annulla, e la donna poggia sulla faccia posteriore del sacro, che in queste condizioni ha ripigliata la sua postura e direzione presso che normale.

Come pure, allorchè si fa sedere la donna, a misura che il femore diventa orizzontale, il bacino pei suoi rapporti intimi acquistati coll' osso della coscia, essendo obbligato ad eseguire un movimento di rotazione sul suo asse trasversale, e diminuendo gradatamente la sua inclinazione, poggia sul piano della sedia nel modo istesso come se la donna non avesse alcun difetto nel suo organismo. Importantissimo però a notare è, che in questa stazione, scomparisce perfettamente la lordosi dorso-lombare, e la colonna vertebrale piglia la medesima postura come in donna ben conformata. Tutto ripiglia il primitivo stato quando si fa ridiventare verticale il femore destro.

Esaminando il bacino, col palpamento non si rileva sensibile alterazione del medesimo, a meno la pronunziatissima inclinazione ed un leggiero appiattimento dell'osso iliaco corrispondente al femore anormale. In vero esaminando attentamente quest'osso innominato, si nota che la sua ala è alquanto meno evasata della corrispondente del lato opposto, ed altresì un po' meno sviluppata di quella dell'altro lato.

Alla pelvimetria manuale esterna, non si dimostra sensibile raccorciamento del lato destro, essendo che le mani arrivano quasi contemporaneamente alla spina del sacro, per chi circonda il bacino, incominciando dalla sinfisi pubica.

La pelvimetria istrumentale esterna praticata col compasso di spessezza di Baudeloque, presenta il risultato seguente.

Coniugata esterna . . . . . Cent. 19

I diametri obliqui non si possono misurare attesa la deformità dello scheletro della natica destra, ed allora seguendo il consiglio del Rizzoli e del Belluzzi, ho presa la distanza fra la spina post.-sup. d' un lato all' eminenza ileopettinea del lato opposto ed ho ottenuto a destra . Cent. 19,5

a sinistra . . » 20 (1)

Diametro fra il mezzo delle creste iliache . » 22,5

» fra le spine iliache ant.-sup. . . » 23,5

La distanza fra le spine iliache ant.-inf. non può esser rilevata esattamente atteso lo appiattimento di quella del lato destro, ma calcolata approssimativamente dove dovrebbero trovarsi, misura. . . . . Cent. 20

Diametro cocci-pubico . . . . . » 10,5

» bis-ischiatico . . . . . » 10

Altezza della sinfisi pubica . . . . . » 4,8

Dalla spina iliaca ant.-sup. al trocantere del lato destro . . . . . » 15

è da notarsi però, che la linea la quale riunisce i detti punti, è perpendicolare all'asse verticale del corpo, il che dinota sempre più evidente lo spostamento del femore indietro ed in alto.

Simile misura a sinistra . . . . . Cent. 13

la linea che li riunisce è obliqua dall'alto in basso e d'avanti indietro.

Dalla sp. il. post.-sup. al trocantere destro Cent. 19

Simile distanza a sinistra . . . . . » 22

Ho innanzi accennato alla denutrizione dell'arto destro relativamente al sinistro, ed ecco qual risultato offrì la misurazione.

Circonferenza alla radice della coscia destra Cent. 39

Simile a sinistra . . . . . » 51

Circonferenza al disopra dei condili del femore a destra . . . . . » 31

Simile a sinistra . . . . . » 34

---

(1) Questo metodo di misurazione, che mi diede come risultato, la quasi normale estensione dei diametri obliqui, è abitualmente usato nella R. Scuola di Modena diretta dall'Ill. Prof. E. F. Fabbri.

La lunghezza degli arti assolutamente presi offre:

Dal gran trocantere al mezzo della rotula così a destra che a sinistra	Cent. 38
Dal mezzo della rotula al malleolo esterno dell'uno e dell'altro lato	» 39
Dal mezzo della rotula alla pianta di ciascun piede	» 42

Misurati per le relazioni fra l'uno e l'altro, si ottiene fra le rotule un dislivello di cent. 8,5 ed egual dislivello si ottiene altresì fra i talloni.

Dalla spina il. ant.-sup. al mezzo della rotula del lato destro	Cent. 33,5
Simile misura a sinistra	» 39

L'esame digitale faceva notare che la branca ischio-pubica del lato destro era alquanto irregolare rispetto alla sinistra, ma l'arcata dal pube quasi perfetta; che la sinfisi pubica assolutamente presa, offriva una inclinazione normale, e che la metà destra del bacino in generale leggermente appiattita.

Salvo adunque l'inclinazione esagerata della pelvi (calcolata a gradi 82 come dirò), riconoscendo un vizio di bacino così poco accentuato, da non offrire prevedibilmente alcun ostacolo al parto spontaneo, si decise di poter mandare la donna al termine della gestazione, salvo poi a darle nel momento del partorire una posizione adatta a diminuire il più possibilmente l'inclinazione viziosa.

Riconosciuta una gravidanza nel corso del sesto mese, con feto vivo in presentazione del vertice, e la donna non volendo rimanere in Clinica per aspettare il 9° mese, decise di uscirne per ritornarvi presso al termine della gestazione. Ed il 18 febbraio infatti, vien riammessa nella Clinica, allorchè ripetendo lo esame si rinvengono precisamente le stesse misure precedentemente riferite, e le particolarità della gestazione quelle che seguono.

Ventre molto voluminoso e fortemente procidente, di figura ovoidale con molte strie, e la cicatrice ombelicale piana: la circonferenza all'ombelico misura cent. 90.

L' utero egualmente ovoidale, di molto sviluppato, il cui diametro verticale dalla sinfisi pubica margine superiore misura cent. 44 e la semicirconferenza anteriore ne conta 32.

Col palpamento notasi la testa del feto mobile al disopra del distretto superiore del bacino, ed appoggiata sul bordo superiore della sinfisi pubica: la pelvi al fondo dell' utero, e ben distintamente il dorso rivolto in avanti ed a sinistra.

All'ascoltazione il maximum della intensità dei toni cardiaci fetali rivelasi nel segmento sott'ombelicale sinistro, e la linea di propagazione nettamente verticale: il soffio uterino, sibilante e poco intenso, in tutta la metà inferiore dell'utero; nessun altro rumore. Col riscontro notasi il collo dell'utero interamente molle e lungo ancora circa mm. 20 l'orifizio esterno chiuso: attraverso il segmento antero-inferiore, quando si spinge fortemente il dito in alto, si sente distintamente il vertice del feto, che, come faceva rilevare il palpamento, è appoggiato solamente sul margine superiore della sinfisi pubica. Il ballottamento perfetto.

Si diagnostica adunque gravidanza presso al termine in donna primipara con feto unico, vivo ed in buone condizioni, in presentazione del vertice in posizione O. I. S. A.

Il 23 febbraio la donna vien sorpresa dai dolori del parto alle 3 pom. ma non ne avvisa il personale della Clinica che alle 7 soltanto, quando i dolori resisi più intensi, non potevano essere ulteriormente nascosti. Immediatamente curai di far mettere la donna in letto nel decubito dorsale, e per annullare la inclinazione del bacino, e dell'utero contemporaneamente feci flettere la coscia, la quale, per la immobilità del femore coll'osso iliaco, comunicò al bacino stesso il suo movimento (1).

Le doglie si rendono sempre più intense, ma sono ora divise da intervallo piuttosto lungo, ed appena verso le prime ore del giorno appresso, avevano potuto distruggere la esistente lunghezza del collo ed incominciare la dilatazione dell'orifizio. La quale anch'essa, alquanto stentata, non arrivò ad esser quasi completa, che verso le ore 12 m. del 24.

Allora fu che si dispose perchè la donna fosse situata nella posizione inglese, mantenendo, con alto guanciale, il più possibilmente divaricate le cosce. Ritenendo questa come la posizione più adatta ad annullare la esagerata inclinazione del bacino, ed impedire l'ostacolo della immobilità del femore destro nella posizione della adduzione; si aveva contemporaneamente la maggiore facilità nel sorvegliare l'andamento del parto, e ad adoperare i mezzi necessarii, per un possibile intervento, e finalmente davasi grande libertà alla regione fetale nel momento della espulsione.

Non andò guari e si notò che la testa fetale, gradatamente impegnavasi al distretto superiore del bacino, il che faceva sempre più sperare in un parto

---

(1) Sento il dovere di ringraziare il mio amico e collega Dott. F. Caruso, il quale, conoscendo essere stata la donna a me affidata dall'abituale gentilezza del Direttore Prof. O. Morisani, curò, essendo di guardia, di farmi avvertito del travaglio, non appena gli fu dato, acciò potessi assistere la donna e regolarne l'andamento.

spontaneo; tanto maggiormente, chè le doglie eransi andate gradatamente ravvicinando ed acquistando altresì d'intensità.

Ma quando ancora l'orifizio non era completamente dilatato, sotto lo sforzo d'un intenso dolore, la borsa delle acque si ruppe e venne fuori abbondante il liquido amniotico. Fu in questo momento che la testa del feto discese ancor di più, arrivando alla parte bassa dell'escavazione, interamente però ricoverta dal segmento inferiore uterino, giacchè l'orifizio, conservando sempre una certa dilatabilità, erasi ristretto, da acquistare la circonferenza d'una moneta da centesimi 10.

Le doglie invece di guadagnare, perdono sempre più la loro intensità, si fanno sempre più allontanate, ed il travaglio si arresta per una completa inerzia delle rarissime e leggiere residuali contrazioni uterine.

Il Direttore adunque è costretto ad intervenire con una applicazione del forcipe.

L'operazione fu praticata verso le ore 4 pom. del giorno stesso e la introduzione dello istrumento fu assai facile, non così la estrazione, la quale, a causa di leggiero spasmo dell'orifizio uterino, richiese multiple incisioni sul medesimo, non ostante le quali, costrinse a piuttosto energiche trazioni, finchè non fu superato.

La testa fetale presa per i suoi giusti rapporti (diametro bi-parietale) fu disimpegnata in occipito-ischio-pubica destra.

Venne alla luce un maschio leggermente asfittico che fu subito rinvenuto, portante un piccolo tumore siero-sanguigno sulla bozza occipito-parietale destra, perfettamente ben sviluppato e del peso di grammi 3580.

I diametri del medesimo furono i seguenti:

Piccola lunghezza	Cent.	30
Lunghezza totale	»	52
Distanza dal vertice all'ombelico	»	27
Dall'ombelico alle piante	»	21,5
D. M.	»	13,7
O. M.	»	12,2
O. F.	»	11,4
S. O. B.	»	9,5
B. P.	»	8,3
B. M.^{eo}	»	7,8
B. M.^{re}	»	7
M. F.	»	7,8
M. B.	»	9,5

Bi acr.	Cent.	10,5
St. dors.	»	8
Bi troc.	»	9,5
Sacr. pub.	»	4,5

Il secondamento fu spontaneo e seguì circa 8 minuti dopo il feto: gli annessi avevano caratteri e dimensioni normali.

Il puerperio della donna fu felicissimo, non avendo risentito per nulla dell'operazione subìta. A meno di morsi uterini sofferti in primo giorno, nessun'altra anomalia si verificò, se togli una involuzione uterina piuttosto lenta e che poco risente dell'uso della ergotina amministrata internamente.

La temperatura si mantiene normale, solo la sera del 3°, 5° e 6° giorno ascende fino a 37,7° e 37,4°. Il polso non arriva mai al di là degli 80 per minuto primo respiro sempre normale.

La dietetica vien regolata così come nelle puerpere sane, e le cure al sublimato non fecero difetto, come abitualmente si pratica nella Clinica.

La lochiazione sempre regolare, e la donna in perfetto stato di salute, il 7 marzo in 12° giorno di puerperio lascia volontariamente la Clinica.

Questa osservazione che io debbo alla liberalità del mio maestro Prof. O. Morisani, cui non renderò mai le grazie adeguate alle agevolazioni di cui mi è largo, non la presento come già dissi in principio, come un caso nuovo, ma soltanto come uno di quelli di non comune osservazione, presentante altresì, mi sia permesso il ripeterlo, un lato sotto il quale potrebbe dirsi la prima, cioè per quello che riguarda il modo come si produsse la inclinazione del bacino.

Nè avrei certamente intrattenuto il lettore nel riferire dettagliatamente lo esame della donna, se da esso non dovesse scaturirne la varietà della lussazione del femore destro e la lussazione istessa di quest'osso.

Adunque, secondo me, la osservazione in parola vale la pena di esser trattata, se non vogliasi dichiararla di un certo interesse, sotto due aspetti principalmente:

1.° Pel grado non frequente, di esagerata inclinazione del bacino, *in lussazioni unilaterali.*

2.° Pel modo come si produsse la detta inclinazione pelvica.

Lo studio della inclinazione dei piani del bacino ha esercitato la mente degli Ostetrici e Fisiologi da più di un secolo a questa via, ed i risultati dagli stessi ottenuti sono grandemente differenti, e, come vedremo, la varianda nella estensione della graduazione dell'inclinazione del bacino fisiologico è stata affatto diversa a seconda di ciascun autore.

Allo studio infatti dell'inclinazione del bacino si applicò per il primo Gian Jac. Müller (1) svizzero ed allievo del Freid, il quale calcolò la inclinazione del distretto superiore a 45°, ed il Boetschler, autorizzandosi delle esperienze di Kluhe, tende a confermare le asserzioni del Müller. Ma il Roederer (2) altro allievo del Fried, e salito in gran fama a Gottinga, in seguito a misure prese su persone viventi, fissò quella del distretto inferiore a 18°. Mentre lo Smellie, che pur diede al piano del distretto superiore una inclinazione di 45° sta troppo sulle generali, quando dice che nella posizione semi-seduta, semi-coricata il distretto superiore è orizzontale, il Levret (3) che fu uno dei primi a dimostrare la importanza, stabilì la inclinazione a 35°; il Camper (4) a 75°; il Bang (1774) già molto esattamente a 55° ottenendo eguale risultamento il Saxtorph ed il Carns (1820) mentre che Osiander non ne ammetteva che 30° soltanto.

Naegele il seniore (5) aveva dapprima già abbracciato questa opinione, ma più tardi giudicò essere l'angolo d'inclinazione eguale a 60° pel distretto superiore, ed ottenne questo risultato nel modo seguente. Dopo moltissime misurazioni, ed istituendo le sue ricerche su donne viventi (circa 500) trovò l'angolo d'inclinazione del diametro retto dello stretto inferiore; e dal rapporto di questo diametro con la coniugata vera sul bacino secco, dedusse la inclinazione della coniugata rispetto all'orizzonte. Od anco più chiaramente, il metodo di Naegele, in pratica verrebbe così adoperato. Si situi la donna verticalmente sopra un piano orizzontale e si cerchi successivamente la parte inferiore della sinfisi pubica e la punta del coccige. Si applichi sopra questi punti un filo a piombo, e vi si tenga fisso coll'unghia dell'indice, mentre un aiutante lo tende leggermente e tiene il piombo in contatto col suolo. Se il filo dà la medesima lunghezza, è evidente che il piano del distretto inferiore è orizzontale; più sovente però si trova il coccige più elevato della parte più bassa della sinfisi.

Se si voglia ottenere la misura della inclinazione del distretto superiore, convien prendere un bacino secco e regolarmente conformato, e dargli una posizione tale, che il distretto inferiore abbia la direzione ottenuta col filo a piombo: è evidente allora, che il distretto superiore avrà la medesima inclinazione di quello della donna vivente.

I fratelli Weber (6) ed il Krause (7) confermarono i risultati del Naegele.

---

(1) Diss. s. cas. rariss. uteri in part. rupt. Basilea, 1745.

(2) *De axis pelvis prog.* Gottingen, 1751.

(3) *L'art des accouchements,* § 24. Paris, 1753.

(4) *Beit. üb. ein. Geg. a. d. Geb.* Leipzig, 1777.

(5) *Das Weibliche Becken.* Carlsruhe, 1825.

(6) *Mechanik der menschl. Gehwerkzenge.* Gottingen, 1836.

(7) *Handbuche der menschl. Anatomie,* 2ª ediz. Hannover, 1841, pag. 327.

Ermanno Meyer (1) quando venne fuori con le sue misure fece osservare, che siccome la situazione del promontorio è individualmente variatissima, la coniugata vera non è la linea più adatta per ottenere la inclinazione normale del bacino. Egli infatti determinò questa inclinazione, servendosi della *coniugata normale*, cioè di quella linea che unisce il margine superiore della sinfisi col punto di mezzo della terza vertebra sacrale; perchè, egli diceva, il punto più fisso del sacro deve essere quello che si trova intermediario fra la parte superiore soggetta al peso del tronco, e la parte inferiore che sta sotto il potere dei muscoli.

Dopo che E. Mayer ebbe dimostrato anche non totalmente vera la teoria dei fratelli Weber, i quali volevano che nella stazione verticale il tronco si trovasse in un equilibrio instabile, cioè che il suo centro di gravità cadesse nel mezzo della linea che riunisce le due cavità cotiloidee, facendo vedere invece, che esso cade all' indietro di questa linea, e che se non succede l' arrovesciamento del tronco all' indietro, l' è per la tensione in cui rimangono i legamenti di Bertin, potè (su bacini freschi aventi in forte tensione i legamenti ileo-femorali) fissare l'angolo che forma la sua *coniugata normale* cogli assi proprii dei femori nelle differenti posizioni.

E siccome è fattibile misurare sul vivente la posizione dei femori per rapporto all'orizzonte, così ha potuto applicare anche alle differenti attitudini della donna i risultati a cui giunse, ottenendo dalle divarse misure prese la cifra già riferita.

Secondo i suoi studii il Meyer ritiene che la inclinazione del bacino nella stazione verticale è variabilissima per una stessa persona: essa cambia secondo il grado di abduzione o di rotazione dei femori. Fissando a 30° l' inclinazione della coniugata vera per rapporto alla coniugata normale, ritiene, che la inclinazione più leggera (40°-45°) si ha nella rotazione debole all'indentro insieme con un divaricamento leggiero delle cosce. Aumentano e possono portare l' inclinazione fino a 100° lo stringere le ginocchia, l'allargare le gambe, il rotarle fortemente all'indentro od il rotarle all' infuori.

Nella stazione diritta comune, l' inclinazione del bacino in media vien calcolata dal Mayer a 54°-5.

Queste possono fin oggi ritenersi le cifre più esatte e più accettabili per la esattezza appunto del metodo usato dal Mayer. Che se il Naegele i Weber ed il Krause hanno trovato per la inclinazione dello stretto superiore una cifra più alta, c' è d' accagionarne il metodo di misurazione, il quale non è praticabile che nel divaricamento e nella rotazione all'indentro delle gambe.

---

(1) *Archiv. für Anat. und Phys.* 1861, pag. 137 e 178. — *Statik und Meckanik d. menschl. Knochengerüstes.* Leipzig, 1873, pag. 295.

Il Velpeau (1) aveva perfettamente intravvedute le idee svolte di poi da E Mayer. Egli, è vero, non parla del piano del distretto superiore, sibbene s' intrattiene intorno alla inclinazione dell'asse del medesimo distretto: ma siccome fra piano ed asse esistono rapporti invariabili, cosicchè le modificazioni di direzione dell'uno, inducono necessariamente cangiamenti nella direzione dell'altro, così quello che all'uno si riferisce, può anche ripetersi dell' altro. Velpeau infatti riteneva che la inclinazione dell'asse diminuisce così nella stazione seduta, che quando la persona si adagia o si incurva all' innanzi: in questi casi per conseguenza, il piano del distretto superiore, che è quello di cui si cerca la misura, aumenta la sua inclinazione: cresce invece la inclinazione dell' asse e diminuisce quella del piano, nelle donne incinte, in quelle che portano fardelli sul basso ventre, quando si sta inginocchioni, ed ogni qualvolta per mantenere l' equilibrio, si cerca di spingere l' estremità superiore della linea centrale del corpo all' indietro. Vi hanno però altrettante varietà sotto questo riguardo che gli autori non sono mai giunti al medesimo risultamento.

Secondo i Fratelli Weber ad un bacino si dà la sua vera inclinazione rispetto all'orizzonte, col tenerlo in tal modo che le due cavità cotiloidee guardino direttamente in basso. Per il Meyer al contraio le spine iliache anterior-superiori ed i tubercoli del pube devono trovarsi in un medesimo piano verticale.

E tutti gli ostetrici anteriori al Meyer, attribuirono grandissima importanza alla inclinazione del bacino, atteso la credenza della invariabilità individuale della medesima. Il Naegele aveva però già tentato di ricondurre nei loro giusti termini le idee esagerate che la comune degli ostetrici aveva sull' importanza dell'inclinazione pelvica, egli che pria dei lavori del Meyer credeva coi Fratelli Weber all' invariabilità della inclinazione della pelvi.

Dopo le ricerche del Meyer, questa idea della invariabilità dell'inclinazione individuale disparve del tutto. Ed ora se si pensa che questa inclinazione può cangiare col cambiamento della posizione, sarà tenuta come facilmente rimediabile, sopra il parto, la influenza di una inclinazione individuale difettosa, e tanto per la igiene, che per la cura da arrecarsi nel travaglio, si avrà sempre un mezzo, facendo variare posizione alla partoriente, da cui poter trarre buon partito e vantaggio sicuro.

Generalmente però oggi sono ancora accettate le conclusioni a cui giunse il Naegele, come quelle le quali trovansi universalmente diffuse: ed io stesso non ho difficoltà di sorta a ritenerle così come furono designate dall' illustre ostetrico inglese, sia perchè vengono date come medie soltanto, sia altresì perchè i risultati ottenuti dal Meyer, dal Bang e dal Saxtorph di molto si avvici-

---

(1) *Traité complet de l'art des accouchements.* Paris, 1835, Vol. I, pag. 14.

nano a quelli del Naegele. E nei trattati più recenti e più accurati di Ostetricia, l'angolo che fa coll' orizzonte il piano del distretto superiore del bacino, vien riportato equivalente in media fra i 55° ed i 60° quanti appunto ne ottenne il Naegele.

Se questa però e la inclinazione che normalmente ha il piano del distretto superiore del bacino, nella donna ben conformata e nella posizione eretta (militare) della medesima, quasi tutti i vizii di conformazione degli stretti, alterano più o meno la direzione dei piani e degli assi del bacino.

Siccome però, per la invariabilità dei rapporti che esistono tra i piani e gli assi, l'inclinazione aumentata di questi dee necessariamente diminuire quella dei piani e viceversa, così riporterò indistintamente le alterazioni d'inclinazione degli assi come alterazioni altresì dei piani.

Velpeau (1) e Balocchi (2) ritengono, che quando l'angolo sacro-vertebrale si getta verso il pube la inclinazione della regione lombare cresce necessariamente in profondità. Anzichè 137° l'angolo formato dal sacro con la spina può non presentarne che 130° ed anco 120°, allora l'asse dello stretto superiore s'inclina verso il davanti, e si avvicina alla linea orizzontale. Da ciò ognuno chiaramente vede, che diminuendo la inclinazione dell'asse, deve per conseguenza ineluttabile, crescere quella del piano; potrebbe perciò ritenersi col Velpeau che in tutti quei casi in cui il promontorio del sacro si getta verso il pube, la inclinazione del piano del distretto superiore, verrà ad aumentare.

Non bisogna credere però che la inclinazione del piano del distretto superiore aumenti soltanto quando l'angolo sacro-vertebrale si porta verso il davanti, ma è da ritenere altresì, che può trovarsi una viziosa direzione dei piani del bacino anco in individui aventi questo canale regolarmente o quasi perfettamente conformato con lunghezze diametriche normali. In fatti gli incurvamenti più o meno esagerati della colonna vertebrale, in specie della porzione lombare, le deformazioni dei membri inferiori ed i cambiati rapporti della testa del femore colla cavità acetabolica, variando i punti di sostegno del tronco; producono qualche volta cangiamenti notevolissimi nella direzione dei piani ed assi del bacino, senza che per questo ne alterino sempre la forma e le dimensioni.

Quando questa inclinazione infatti è poco notevole i cangiamenti nella conformazione generale della donna sono poco avvertibili; ma nel caso contrario la conformazione della donna ne rimane grandemente modificata: oltre all'incavo molto pronunziato che si verifica nella regione lombare, si vede che le natiche sono molto rialzate, le spalle portate indietro, l'addome più o meno sporgente e

---

(1) Op. cit. pag. 44.

(2) *Ostetricia per gli studenti di Medicina e Chirurgia.* Milano, 1871, pag. 77.

l'andatura della donna ha qualcosa di particolare: ed a tutto ciò si aggiungerà la notizia che ordinariamente non manca, cioè che in queste donne è necessità che siano eseguiti per di dietro i rapporti sessuali. In somma il quadro fenomenico che ho esposto riferendo le particolarità della donna di cui ho tenuto parola, si ripeterà perfettamente e costantemente in ogni caso di donna in cui, per qualsiasi causa, si sarà verificata una inclinazione eccessiva del bacino.

Nè la inclinazione della pelvi può soltanto aumentare il suo grado, ma esistono però casi ben constatati e riferiti da autori degnissimi di fede, in cui la inclinazione era non soltanto diminuita, ma il piano del distretto superiore resosi parallelo all'orizzonte. Naegele infatti misurando sulle 500 donne, rinvenne l'apice del coccige 454 volte ad un livello superiore della sommità dell' arcata pubica; 20 volte i due punti indicati erano alla medesima altezza 4 o/o, e ben 26 volte cioè 5 1/5 o/o la punta del coccige ad un livello inferiore. So ben io che Naegele parla del piano del distretto inferiore, ma pur riconoscendo la variabilità di rapporti fra questo e quel dello stretto addominale, può ritenersi per l'uno e l'altro il medesimo risultato.

Nei casi in cui il piano del distretto inferiore è parallelo all' orizzonte, il sacro si pone nella medesima direzione dell'asse del corpo, e la parte anteriore della pelvica cavità è talmente rialzata, da porre presso a poco le ossa pubiche a livello dell'angolo sacro-vertebrale. Naegele (1) riferisce la storia di una donna in cui l'asse del distretto superiore del bacino era perfettamente verticale, che vale lo stesso, essere il piano del medesimo distretto, perfettamente orizzontale, ed in cui il parto si espletò spontaneamente.

Mentre Bello (2) ha pubblicato la osservazione molto interessante di una donna la cui matrice conformata a bisaccia richiese l'operazione cesarea: in capo a 15 ore dalla operazione morì. In essa il bacino era piegato in modo che lo stretto perineale era volto all'innanzi ed il cerchio addominale all' indietro; gli ossi del pube s' erano volti all'insù e la faccia posteriore del sacro guardava in basso. Mancava il corpo di una delle ultime vertebre lombari, ed il sacro, congiunto mediante la sua base ad angolo quasi retto colla colonna vertebrale, rendeva esattamente ragione di questa singolare conformazione.

Nè più numerose sono le osservazioni che posso fornire relativamente al vizio di direzione opposto e che più da vicino mi riguarda, val dire alla inclinazione eccessiva del piano del distretto superiore del bacino.

Una appartiene all' illustre Naegele, il quale unitamente alla precedente, riferisce un' altra osservazione, in cui l' asse del distretto addominale del bacino

---

(1) Op. cit.

(2) *Trans. med.* tome XIII, pag. 285.

era parallelo all'orizzonte; lo che in altri termini val lo stesso che dire, il piano del distretto superiore essere perpendicolare all'orizzonte formando fra loro un angolo di 90°.

Un'altra, quantunque manchi dei particolari, ed a ragione non possa chiamarsi una osservazione, ma un esemplare soltanto appartiene al Balocchi (1) il quale riporta la figura di un bacino con porzione di colonna lombare, spaccati nel mezzo. In questo, contrariamente alla osservazione di Bello, il bacino per la sua eccessiva inclinazione, ha disposto la faccia posteriore del sacro superiormente ed un po' anche anteriormente, mentre che una direzione affatto opposta ha acquistata la faccia esterna della sinfisi pubica. Approssimativamente, calcolando la inclinazione che il piano del distretto superiore ha acquistata nella sua nuova posizione, può esser giudicata eguale a circa 130°.

Altri tre esemplari si trovano nel museo Dupuytren sotto il N. 739, 744 e 763 nei quali la inclinazione varia fra gli 80° e gli 85° e di cui riferisce il Lefeuvre.

La esiguità dei casi da me riferiti, i soli di cui io sia a conoscenza, non è in perfetto accordo col numero molto maggiore e non infrequente a rinvenire sulle donne viventi, osservate dal Naegele. Però quando avrò fatto notare, che nella misura delle 500 donne, eseguita dall'illustre ostetrico di Eidelberga, il dislivello dal medesimo ottenuto e riguardante la elevazione del coccige per rapporto all'arcata pubica fu di un maximum di mm. 49 ed il massimo dello abbassamento di mm. 20, assai di leggieri si vedrà, che simili esagerazioni o diminuzioni d'inclinazione sono appena apprezzabili, e non soltanto non inducono alcun ostacolo al partorire, nè richiedono cure particolari, quanto sono assai difficilmente riconoscibili, a meno che non vi si appresti grande attenzione e non si vada di proposito a volerne riconoscere il grado.

Ma io non mi occuperò, ne è mia intenzione di tener parola di questi casi piuttosto frequenti, e la di cui inclinazione può ritenersi normale, ma io intendo di tenere in conto soltanto quei casi in cui la inclinazione del piano del distretto superiore essendo grandemente esagerata apporterebbe ostacolo al parto spontaneo, ed è così rara a rinvenirsi nella pratica. Ecco le ragioni per cui intitolai questa mia osservazione: un caso di *eccessiva* inclinazione del bacino, e non un caso di inclinazione del bacino soltanto; volli in altri termini nel titolo implicare e designare contemporaneamente il grado e la rarità del fatto.

Dirò innanzi tutto, che colpito dalla particolare deformazione della donna, e dalla esagerata inclinazione del bacino, volli notare la direzione del piano del distretto superiore, come quello che poteva più precisamente e direttamente

(1) Op. cit. pag. 77.

darmi il grado della inclinazione del medesimo, notando l'angolo che esso faceva coll'orizzonte: e senza più dirò che ottenni 82° come ho accennato già innanzi.

Per arrivare alla misurazione della detta inclinazione, e per conseguenza dell'angolo, adoperai il processo di Naegele che di tutti è il pù semplice.

Io non istarò qui a ripetere dettagliatamente il modo di misura adoperato dal Naegele, soltanto aggiungerò, che essendo esso un processo da cui indirettamente si arriva alla ricognizione della inclinazione del piano del distretto superiore, io volli arrivarvi, mi sia lecito il dirlo, in maniera più diretta.

Il Naegele in vero, coi suoi fili a piombo otteneva direttamente la inclinazione del distretto inferiore, per ottenere però il grado e la inclinazione del distretto addominale, uopo eragli prendere un bacino secco e regolarmente conformato, dare al distretto inferiore la medesima direzione ottenuta sulla donna viva, ed allora la inclinazione del distretto superiore del bacino secco, rappresenta la medesima inclinazione del bacino della donna.

Devierei troppo se volessi fare la critica del modo di misurazione del Naegele, tanto più che vi dovrò tornar sopra, e di proposito, in altro mio lavoro: non posso però omettere di far notare che se la misurazione dell' ostetrico di Eidelberga può valere pei bacini perfettamente ben conformati, certamente però non può estendersi in generale a tutti i bacini, essendo che i rapporti tra la punta e base del sacro, tra punta ed arcata, e tra promontorio e sinfisi pubica rimangono sostanzialmente alterati nei casi di bacino viziato. Altresì non si può esser sempre certi che un bacino in apparenza soltanto normale, lo sia realmente, essendo non rari i casi, in cui su donna esternamente ben conformata, il bacino si rinvenga viziato nella capacità, nella forma e nei rapporti reciproci che debbono esistere fra le diverse parti di cui è composto. Ecco le ragioni per cui mi decisi ad adoperare altro processo che mi potesse dare direttamente l'inclinazione del piano dello stretto superiore, ed eccolo in brevi parole.

Identicamente come se avessi voluto eseguire la pelvimetria esterna, trovai e segnai precisamente il sito ove corrispondeva l'apofisi spinosa dell'ultima vertebra lombare. Da questo punto io avrei dovuto far cadere un filo a piombo come faceva il Naegele, ma impedendomelo la faccia posteriore del sacro, pensai che spostando a destra od a sinistra il punto di ritrovo, io non ne avrei menomamente alterato il livello, unica cosa che mi importava conoscere, e ciò è matematico; spostamento, che a sua volta avrebbe a tutt'agio permesso di abbassare il filo a piombo. In fatti situai un'asta sottile e solida nel tempo istesso in corrispondenza dell'apofisi spinosa della ultima vertebra dorsale in guisa che a destra sorpassasse la perimetria della donna e rimanesse *il più possibilmente* in posizione orizzontale: è chiaro così, che abbassando da un punto qualunque di quest'asta la perpendicolare, questa avrebbe segnato perfettamente il livello

a cui rimaneva la base del sacro, essendo, al nostro scopo tutt' affatto indifferente il sito dove esso si trovasse. Abbassai adunque il filo a piombo il quale misurò d'altezza di cent. 91 dal suolo.

L'altro filo a piombo lo feci cadere dal margine superiore della sinfisi pubica, invece che dalla sommità dell'arcata come voleva il Naegele. Detto margine fu trovato assai facilmente, ed il filo a piombo mostrò un'altezza dal suolo di cent. 72. Adunque il promontorio del sacro trovavasi al disopra del margine superiore della sinfisi pubica per cent. 19.

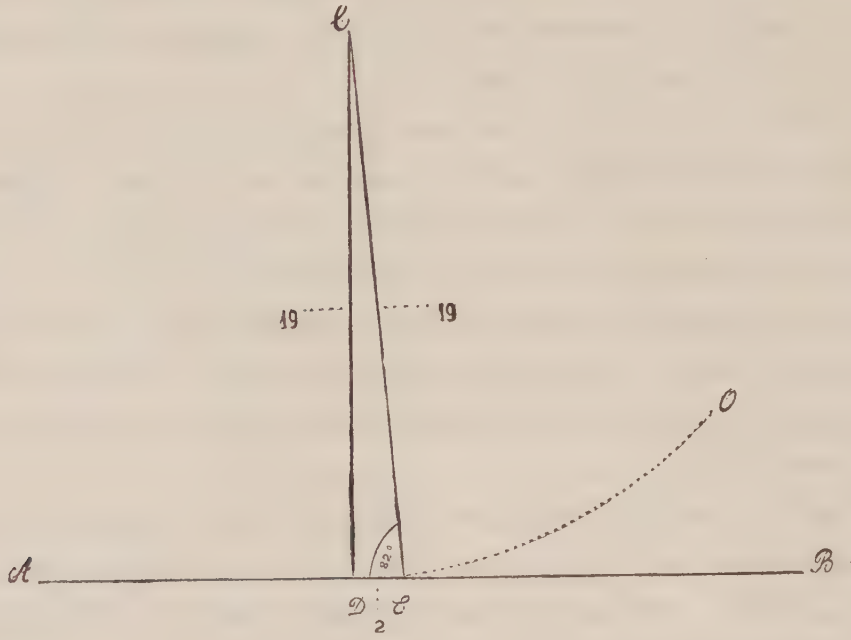
Trasportai allora su d'un quadro un dislivello di 19 cent. al disopra di una linea tirata il più esattamente possibile orizzontale, e volevo riunire l'estremo superiore della linea verticale con quella orizzontale, per ottenere così l'angolo d'inclinazione del piano del distretto superiore. Ma ben presto mi accorsi che per costruire il triangolo sarei sempre caduto in errore, mancandomi la cognizione interessantissima o della misura della distanza fra i fili a piombo, o quella fra il promontorio e la sinfisi, costituendo ciascuna di queste un altro lato del triangolo a costruirsi.

So ben io, che dati due lati di un triangolo, per conoscerne il terzo, è necessità sapere anche l'angolo compreso fra i due lati dati: ma nel caso mio potei farne a meno: 1° perchè sapevo dover essere il triangolo rettangolo; 2° perchè questo triangolo doveva essere costruito su due rette di cui una *doveva essere orizzontale* e l'altra *verticale*, e 3° perchè m'era impossibile a priori conoscere l'angolo che era compreso fra la retta rappresentante il dislivello e la C. E. o quello che intercedeva fra la C. E. ed il piano orizzontale. Ma se non sono stato molto felice ad esprimere il mio concetto, il modo come io arrivai al risultamento, e che or ora esporrò, dichiarerà vie meglio quello che intendevo dire.

Ed il risultato infatti fu presso che identico pigliando indifferentemente come nota l'una o l'altra misura. Conosceva già dalla pelvimetria che la C. E. era di cent. 19, allora misurata una distanza eguale alla C. E. con nastro graduato a cent. ed inestensibile, fissando il N. 1 all'estremo superiore della linea verticale, feci girare il N. 19 col centro all'uno precedentemente fissato finchè toccò la linea orizzontale: fissai il punto di contatto, costruii il triangolo ed ottenni cent. 2 di lunghezza del terzo lato: e misurato l'angolo che la C. E. faceva col piano orizzontale ottenni 80°.

La figura annessa dimostra perfettamente quello che or ora ho esposto. Essa è rappresentata ad 1/4 della grandezza naturale ed in essa la retta *A B* rappresenta il piano orizzontale, la *C. D.* il dislivello fra il promontorio e la sinfisi e la *C. E.* la lunghezza della coniugata esterna, l'angolo *C. E. D.* rappresenta l'inclinazione in gradi del piano del distretto superiore, e la *E. O.* l'escursione

che fece il nastro. In questo caso, come si vede, io conoscevo solamente la lunghezza dei due lati senza conoscere l'angolo compreso fra loro, ma io potetti costruire il triangolo, perchè conoscevo perfettamente la direzione che doveva avere il terzo lato, rappresentato dal piano orizzontale, ed il modo come uno dei due, il dislivello, incontravasi con questo.



Per essere sicuro del risultato e per avere una controprova della realtà, volli procedere pigliando come cognite il dislivello e la distanza fra i fili a piombo. Abbassatili novellamente col medesimo metodo innanzi esposto, notai esser l'utero dall'altro distanti cent. 2, ed allora a 2 cent. di distanza dal punto dove la perpendicolare passava per la linea orizzontale, riunii per mezzo di una terza linea le linee rappresentanti il dislivello e la orizzontale. Il risultato fu identico, in quanto che il terzo lato, l'ipotenuse del triangolo, misurava cent. 19 ma l'angolo misurava 81°.

In questo secondo caso posso dire di esser stato proprio nelle perfette regole geometriche, perchè mi erano note non soltanto la lunghezza dei due lati, ma altresì l'angolo fra loro compreso, cioè di 90°.

Adunque posso con molta ragione ritenere che tale *approssimativamente* era il grado di inclinazione del bacino, non ostante che avessi ottenuto misure diverse, adoperando sempre la medesima donna le misure in condizioni tutt'affatto identiche ed eseguite sempre da me stesso.

A prevenire una osservazione che, molto a ragione mi si potrebbe fare, dirò subito, che con le misure da me ottenute, se il metodo di misurazione avesse potuto seguire un rigore matematico, avrei dovuto trovare il piano del distretto superiore perfettamente perpendicolare all'orizzonte. In vero tosto che

il dislivello e la coniugata esterna, misuravano la medesima lunghezza, quando questa, percorrendo l'arco di cerchio, doveva incontrare il piano orizzontale, le due linee avrebbero dovuto sovrapporsi l'una all'altra e quindi ottenere col piano orizzontale un angolo di 90° invece degli 82° da me realmente ottenuti. In conseguenza, non fu matematicamente perfetta la costruzione della figura, nè poteva esserlo atteso le molteplici cause di errore a cui si va soggetti, e che non è qui il caso di enumerare. Or se io dissi che *approssimativamente* erano 82 i gradi d'inclinazione del bacino, fu perchè tra i fili a piombo io ottenni la distanza dei cent. 2, quanti ne aveva appunto trovati anche col metodo grafico: essendo assai ovvio il comprendere che se veramente il bacino avesse avuto il piano del suo distretto superiore perfettamente perpendicolare, i due fili a piombo sarebbero caduti sul medesimo piano trasversale.

Ho riferito il metodo di misura del Naegele e quello che ho adoperato io stesso non come metodi da seguirsi nella misura della inclinazione del bacino: essi, e con essi tutti quelli, che furono fin oggi adoperati, sono soggetti a molteplici ed imponenti cause di errore, ecco perchè i loro risultamenti sono tutt'altro che reali e certi, ed hanno bisogno di grande diligenza e di abitudine per dare risposta soddisfacente *pei bisogni della scienza* (1).

La ricognizione della inclinazione del piano del distretto superiore, come quello che molte volte può esser causa di parto difficile, non ha solamente importanza scientifica, ma è di una importanza pratica molto spiccata.

Tutti gli autori convengono nello ammettere altresì come causa di distocia le inclinazioni del distretto perineale; però queste hanno una frequenza minore che le prime, specialmente nei casi di bacini viziati nella loro forma e dimensioni, ed hanno una importanza pratica meno accentuata.

Gli ostetrici che finora si sono occupati di questa speciale anomalia del bacino, tutti concordemente ritengono, che quando la inclinazione è piccola, il parto non rimane per nulla alterato; nei casi poi in cui la è molto esagerata, può apportare al parto ostacoli qualche volta molto gravi, come nella osservazione di Bello.

E non ostante che tante difficoltà potrebbe offrire al parto spontaneo un difetto di inclinazione della pelvi, l'intervento ostetrico si limita moltissime volte al semplice raddrizzamento del bacino; intendendo io di parlare, come già ho detto, dei bacini nei quali esiste un difetto grave di inclinazione con perfezione di forma o con vizio disprezzabili.

---

(1) Io stesso mi sto occupando dell'argomento, e se i risultati dei miei studii saranno quali io li prevedo e li desidero, spero fra non molto di presentare un nuovo clisiometro, onde misurare la inclinazione del bacino in tutte le sue parti, in modo preciso, facile ed ovviando a tutte le cause di errore.

Voglio, nell'additare soltanto il pronostico, gli accidenti e la terapia di queste anomalie di inclinazioni, servirmi delle stesse parole adoperate dallo Schultz (1) e riportate dallo Scröder (2).

« Le anomalie nella inclinazione, dice l'autore, se non vi si pensa, possono « tornar dannose. La *inclinazione troppo grande* può ostacolare l'impegnarsi « della testa nello stretto superiore; la *inclinazione troppo piccola* impedirne « la uscita dello stretto inferiore. La prima si diminuisce col rialzare il perineo « ed il tronco, sicchè la regione lombare stia nel luogo più declive, e la parto- « riente giaccia semiseduta. La seconda si aumenta facendo far arco dei lombi « per cui il sacro guardi direttamente in basso. »

Nè soltanto questi riferiti dallo Schröder sono i mezzi che si possono adoperare nei casi di cui mi occupo, rilevandosi dalla osservazione innanzi riferita che il decubito laterale (posizione all'inglese) con una flessione più accentuata dell'arto destro, valsero nel caso in specie a dare al bacino una regolare inclinazione, diminuendo l'anomalia di direzione così del piano dello stretto superiore, come quello dell'inferiore.

Le ragioni per cui la flessione dell'arto destro potette diminuire il vizio d'inclinazione, e non tenendo conto dei precetti prescritti dagli autori, si scelse per questa donna la posizione laterale, si renderanno chiare da sè stesse ora che mi sarò occupato del come la causa deformatrice, produsse la eccessiva inclinazione del bacino.

Mi trovo già d'aver accennato, che quasi tutti i vizii di conformazione degli stretti alterano più o meno la direzione dei piani e degli assi del bacino; ma la mia osservazione certamente deve rientrare nella categoria di quei bacini, i quali senza viziatura di sorta nella loro conformazione, ovvero con una difformità minima, presentano una alterazione marcata nella direzione dei piani ed assi.

So ben io, che molti autori accennano ad una inclinazione eccessiva, ovvero ad una difettiva inclinazione per cattiva conformazione della colonna vertebrale, ma nel mio caso non posso mettere sul conto della grave lordosi riscontrata nella donna la anomalia di direzione del piano del distretto superiore già riferita, essendo che, come spero di nitidamente dimostrare in prosieguo questa è effetto soltanto della inclinazione del bacino stesso; trovando la causa dell'una e dell'altra negli alterati rapporti tra femore e bacino nel lato destro della donna, voglio dire nella lussazione del femore.

Quantunque gli antichi autori Guillemean, Mauriceaun, Peu, Delamotte,

---

(1) *Jenaische Zeitsch. f. Med. u.* N. Vol. III, disp. 2 e 3.

(2) *Lehrbuch der Geburtskilfe,* 4ª ediz. Boner 1880, pag. 509.

Levret, Jacobs, Herbiniaux, Sandifort, Lobstein, Osiander, M.e Lachapelle, ecc., abbiano più o meno segnalata la influenza delle lussazioni dei femori sul bacino, pure in realtà fu Sedillot (1) il primo che in una serie di memorie ha descritte le modificazioni che le lussazioni congenite dei femori fanno subire alla cavità pelvica, e contrariamente alla opinione di Dupuytren (2), dimostrò avere una influenza considerevole sullo sviluppo del bacino. In questi studii però il Sedillot era stato preceduto dall'illustre Prof. G. B. Fabbri di Bologna (3).

Dopo di quest'epoca i lavori sul riguardo si sono grandemente moltiplicati, e per citarne alcuni additerò l'art. Bassin del Prof. Depaul, la tesi di Gueniot (4) quella di Dellestable del 1877, l'art. di Naegele e Grenser (5) ecc., ecc.

Ma se tutti questi autori, parlando delle modificazioni anatomiche indotte nella pelvi dalle lussazioni unilaterali del femore, si accordano perfettamente, sono egualmente concordi nel non far neppure cenno di anomalie di inclinazioni in simiglianti circostanze. Ciascuno di essi studia il modo come la determinata modificazione diametrica del bacino, potette prodursi, ma non una parola soltanto, in essi si rinviene, sulle anomalie d'inclinazioni. Ammettono però tutti concordemente l'esagerazione d'inclinazione del bacino nelle pelvi viziate per lussazione dei due femori. Lo Schröder (6) asserisce che « nella doppia lussa-« zione dei femori l'inclinazione pelvica è straordinaria, gli ilei stanno quasi « diritti » e lo Charpentier (7) così si esprime: « In questi bacini (lussazioni « doppie) l'inclinazione avviene in avanti; tutto il bacino è in tale anteversione, « che qualche volta l'asse della cavità addiviene orizzontale, ed il piano del di-« stretto superiore si trova disposto verticalmente.... »

Solo nella tesi del Dott. Lefeuvre (8) si trova fatto un accenno non dubbio della inclinazione maggiore del bacino nella lussazione unilaterale: egli infatti dopo di aver insistito sugli effetti che la lussazione doppia induce sul bacino, volendo mostrare la diversità che esiste fra il bacino con lussazione unilaterale e quello con lussazione doppia, parla come segue: « Quando la lussazione è « doppia, l'inclinazione è abbastanza regolare dai due lati, e la colonna verte-« brale presenta una curvatura antero-posteriore. *Se la lussazione è semplice,* « *insieme con una inclinazione del bacino in avanti,* si trova una inclinazione

---

(1) *Contr. à la Chir.* 1868.

(2) *Rep. d'anat. et de phis,* 1826. Leçons clin. t. I.

(3) *Descriz. di una pelv. obl. oval. ecc.* Bologna, 1861.

(4) *Des luxations coxo-femorales, etc.* Paris, 1869.

(5) *Traité d'accouchement,* 1880.

(6) Op. cit. pag. 569.

(7) *Traité pratique des accouchements.* Tom. II, Paris, 1883, pag, 115.

(8) *Thèse de Paris,* 1862.

« laterale, dovuta all'abbassamento del lato lussato, che non è più sostenuto alla « medesima altezza della testa del femore. »

Il Lefeuvre adunque è l'unico, che, almeno a nostra conoscenza, abbia accordato alla lussazione unilaterale la potenza di dare la inclinazione eccessiva del bacino.

Però nè nella tesi del Lefeuvre, nè negli altri autori a cui ho precedentemente accennato, trovo menzionato il modo come tale inclinazione possa prodursi o siasi realmente prodotta, ed io credo per due ragioni principalmente:

1.° perchè tutti parlano di lussazioni congenite, le quali se deformano il bacino in generale e l'osso iliaco corrispondente in particolare, non possono però non lasciare al bacino istesso la libertà di muoversi *fino ad un dato punto*, essendosi la testa del fare nella sua nuova dimora costituita una falsa articolazione;

2.° perchè anche quando gli autori si occuparono di lussazioni acquisite, furono specialmente quelle traumatiche, a cui si accordò tutta la considerazione; ed anche queste non sempre fanno perdere tutta la mobilità che l'un osso può avere sull'altro. Ecco, secondo me, per quali ragioni nei casi citati dai diversi autori, non poteva esistervi una inclinazione così marcata come nel mio, ne indusse curiosità di investigarne la causa produttrice.

Soltanto le lussazioni cosiddette patologiche possono darci la esagerazione così spinta nella inclinazione del bacino, ed ecco come, confessando, che possono esservi altri casi puramente eccezionali e non ben determinati, dai quali può ancora provenire.

La donna di cui innanzi riferii la osservazione, dietro la caduta sofferta nella età bambina, presenta un treno fenomenico spiccato di una *coxitis* dell'articolazione coxo-femorale di destra. L'artro-meningite della bambina percorse tutti i suoi stadii fino a che avvenne la lussazione patologica del femore. In quest'epoca si verificò altresì come è naturale, ulcerazione delle ossa e vasta suppurazione delle parti molli, le quali fecero ricoverare la bambina nella clinica chirurgica, dove non è improbabile, esser stata tentata una resezione della testa femorale.

Certo è però che il femore il quale in questi casi piglia sempre l' atteggiamento di flessione e rotazione in fuori, non corretto a tempo con una estensione permanente e gradualmente crescente, subì in questa posizione un saldamento così forte coll'osso iliaco corrispondente, da dare quella completa ed assoluta immobilità che ancor oggi si nota.

Nè il saldamento intimo e tenace avvenuto è caso estraordinario, sol che si pensi, che la infiammazione della località, specialmente quella del periostio e dell'osso stesso, dopo d'aver perduti i caratteri distruttivi, diede tante produzioni

ossee e così fittamente aderenti fra loro da far costituire il femore e l'osso iliaco in un osso solo.

Se a tutto ciò piace aggiungere altresì il tessuto fibroso cicatriziale, che coinvolse il saldamento delle ossa, noi troveremo tutte le ragioni, le quali ci spiegano il perchè di quella perdita completa di tutti i movimenti dell'articolazione in parola.

Nè queste sono soltanto deduzioni ipotetiche che voglio mettere innanzi, ma certamente lo esame della successione morbosa e le particolarità rilevate dal sito della affezione, autorizzano a ritenere se non come certe, almeno come grandemente probabili, le spiegazioni messe innanzi.

Accennerò altresì, come ricordo, che il femore, nel caso in parola, forma coll'osso iliaco un angolo di 90°. Ripeterò ancora, che dallo esame del sito della affezione e dalle diverse misurazioni ottenute, nel caso in specie la lussazione fu posteriore e superiore.

Or bene quando questo processo patologico, oggi ritenuto di natura tubercolare, e che pur miete tante esistenze, ebbe esauriti tutti i suoi maleficii indotti nell' organismo della piccola inferma, e questa, ripresa la perfetta sanità, volle mettere i piedi a terra e ritentare il cammino, si trovò in condizioni tutt' affatto speciali.

In vero atteso il saldamento del femore coll'osso iliaco nel modo e posizione innanzi detto, o la donna doveva, tenendo la coscia in flessione sopperire in un modo qualunque al dislivello fra i piedi, ciò che era impossibile, perchè non avrebbe potuto effettuarsi la deambulazione, ovvero mettere l' arto destro in estensione per poggiare il piede al suolo. Ma se la gamba aveva la possibilità e libertà di estendersi sulla coscia, non così il femore, che abbiam visto essere adeso all'osso iliaco. Se dunque movimento vi poteva essere nel femore, questo non poteva avvenire nell'articolazione coxo-femorale non più esistente, nè nella falsa articolazione che si suol formare, la testa del femore nelle lussazioni traumatiche, essendo per tessuto osseo immobilmente adesi fra loro il femore e l'osso innominato; ma doveva essere un movimento di totalità che verificavasi contemporaneamente nell'un osso e nell'altro.

Ed infatti lo sforzo muscolare, e la tendenza della donna per poggiare il piede a terra agendo sull' estremità inferiore del femore, gradatamente lo trassero in basso, di guisa che l' arto addivenne alla estensione tutto a spese di aumento proporzionale della inclinazione del bacino rotando sul suo asse trasversale. Ed io non ho bisogno di dire, che essendo quasi paralleli, il femore nella sua nuova postura ed il piano dello stretto superiore, la rotazione dell'uno dovette necessariamente dare la inclinazione dell'altro.

E quando vedo che il bacino ubbidisce a tutti i movimenti impressi al fe-

more, e da questi unicamente dipendendo la esagerazione o meno della inclinazione del bacino istesso, posso essere autorizzato ad invocare questo fatto come controprova della esattezza del mio modo di vedere.

Facilmente si comprende ed è di ovvia osservazione, che il bacino seguendo i movimenti del femore e portando in avanti il promontorio del sacro, la colonna lombare, sarà obbligata a seguire la escursione della base del sacro; ed allora la donna sarebbe caduta bocconi, se non si fosse formata una curva lordatica di compenso, arrovesciandosi le spalle fortemente indietro per ristabilire l'equilibrio, e ricondurre il centro di gravità nel perimetro della base.

Non sento il bisogno di dilungarmi sulle forze le quali produssero lo incurvamento compensativo della colonna vertebrale, essendo a tutti noto che in questo non concorsero, che i muscoli lunghi del dorso soltanto; e ad essi è dovuta la permanenza della curva medesima, come può facilmente rilevarsi notando la permanente loro contrazione nella posizione eretta della donna.

Questa quistione, sulla quale io non ritornerò trovasi ampiamente discussa in altro mio lavoro sul meccanismo di formazione del bacino cifotico di prossima pubblicazione.

E si è autorizzati a ritenere esatta questa relazione tra inclinazione e lordosi di compenso, e per conseguenza la spiegazione datane, quando specialmente notasi che nella posizione seduta della donna la flessione del femore correggendo la inclinazione del bacino, corregge altresì la curva della colonna vertebrale.

Ecco alla meglio esposto il modo come io credo possa e debba spiegarsi la eccessiva inclinazione del piano del distretto superiore: ed a me è sembrato interessante e degno di esser menzionato, sia perchè *le lussazioni unilaterali non danno, che assai raramente inclinazione del bacino*, e sempre a grado non molto avvanzato, mentre che io ottenni 82°, sia anche perchè osservazioni di questo genere, con questo modo speciale di produzione di alterazione, a quanto io sappia e per quanto abbia potuto riscontrare la letteratura, non ne conosco un secondo.

Ed ora assai facilmente posso esprimermi sul perchè non si seguì la comune dei precetti, e si fece partorire la donna nella posizione inglese.

Se una inclinazione anormale si può correggere rialzando il perineo ed il tronco, certamente questo lo si può quando il grado della inclinazione non è molto grande, e quando esiste ancora una certa mobilità del femore sul bacino, di guisa che il tenere gli arti nella posizione classica delle donne in parto, non ne impedisce la correzione. Ma nel mio caso, innanzi tutto la inclinazione del bacino era a quel grado eccessivo che è noto, e che non poteva essere certamente del tutto corretto dal rialzare del perineo, a meno che non si sia voluto piazzare la donna su d'un piano fortemente inclinato a testa giù, posizione cer-

tamente insopportabile, massime ad una donna in soprapparto. Ma neppure questo sarebbe bastato nella donna in parola, essendo che sempre e quando le cosce e le gambe fossero rimaste nel modo, come nelle altre donne nel momento del travaglio, la inclinazione sarebbe non solo rimasta inalterata ma sarebbe sempre più aumentata quanto più si fosse insistito nel rialzare il bacino. Uopo era adunque, volendo far partorire la donna sdraiata sul dorso tenerle le cosce fortemente flesse sul bacino, perchè la flessione del femore destro avesse potuto correggere la inclinazione del bacino, e ciò per tutto il tempo del travaglio, perchè come è facile comprendere, bisognava altresì correggere la leggiera inclinazione dell'utero.

L' un mezzo adunque era più nocivo che utile, l' altro assai molesto per la donna e per chi assisteva al parto, aggiungi a tutto ciò, che la immobilità del femore destro nella adduzione non permetteva neppur liberamente una possibilità d'intervento; ed a tutti questi inconvenienti ovviandovi la posizione laterale sinistra a femori semiflessi, specialmente il destro, fu prescelta questa ultima posizione come la più proficua e la più comoda per la donna e per chi assisteva al parto.

Dovrei in ultimo intrattenere il lettore, parlando delle alterazioni di sviluppo e di forma, che si sono riscontrate nell' osso iliaco destro, ma siccome dovre qui ripetere letteralmente quello che trovasi segnato in tutti i trattati di ostetricia, io risparmierò al lettore questa inutile ripetizione, poichè nella osservazione innanzi riferita si trovano perfettamente stampati i caratteri delle alterazioni intime che si riscontrano nella maggior parte dei bacini con lussazione unilaterale.

Debbo però chieder venìa di dire due parole soltanto sopra un altro fatto che mi pare importante.

Tutti asseriscono ed il Lefeuvre ha tassativamente espresso che: « nei bacini « con lussazione semplice, *si trova una inclinazione laterale* dovuta all'abbas- « samento del lato lussato (1). »

Io non esporrò, per amore di brevità, tutte le teorie emesse sul riguardo neppure quella del Velpeau (2) *degli archi organici;* soltanto dirò che nel mio caso la donna, asserisce di aver sopperito sempre con talloni molto allungati alla disuguaglianza di livello fra i suoi piedi, nè mai andò a piedi nudi per molto tempo; ragion per cui, secondo me, il lato lussato venne sostenuto alla medesima altezza del lato sano, e supportò eguale compressione che l' opposto. Se adunque le condizioni di equilibrio furono le medesime dall' un lato e dal-

(1) loco ci.ato.

(2) Op. cit.

l'altro, la inclinazione del bacino nel senso laterale doveva mancare, come realmente manca nel caso attuale.

Concluderei con le parole del Mattews Duncan, ma esse son troppo conosciute, ed io riportandole letteralmente direi cose già a tutti note, come note saranno state altresì le idee studiate nel decorso di questa osservazione alla maggior parte degli ostetrici; però se il risultato dei miei studii non è sorgente di nuove cognizioni per la maggior parte, è probabile che per qualcuno, fra i neo cultori, potrà avere l'impronta di nuovo; ed allora il tempo speso a farlo non è perduto, avendo per lo meno contribuito ad aumentare il sapere di un solo: nè la pochezza delle idee svolte è un difetto, perchè dirò col Duncan, che: « ogni onesto lavoro contribuisce al progresso. »

R. ISTITUTO OSTETRICO GINECOLOGICO DI MODENA

diretto dal Prof. E. F. FABBRI.

L'ELETTRICITÀ IN OSTETRICIA

STUDIO CLINICO

ESPOSTO AL CONGRESSO DELLA SOCIETÀ OSTETRICA ITALIANA
IN ROMA NELL'APRILE 1886

dal Dott. **GIUSEPPE RONCAGLIA**

Libero docente in Ostetricia e Medico Assistente.

L'elettricità, questa forza potente della natura, che dall'umano intelletto venne in mille modi diretta a vantaggio materiale della civiltà, è stata dal genio dell'uomo applicata altresì a beneficio di quella vita che, abbandonata a sè, non rare volte riesce a troncare in un istante. E di questo fatto fanno prova manifesta i molti e voluminosi trattati di elettroterapia che hanno veduto e vedono continuamente la luce. Anche la Ginecologia e l'Ostetricia sono ricorse a questa forza per averne vantaggi nella loro specialità; la vediamo infatti raccomandata ed usata come cura dei tumori fibromiomatosi dell'utero dal Dott. Lucien Carlet (1), dal Tripier (2) come terapeutica generale delle malattie delle donne; delle metriti sub involutive, degli spostamenti dell'utero, delle parametriti, delle peritoniti croniche, delle ovariti, dello sviluppo incompleto dell'utero ed ovaie dal Munde (3), come cura dei vomiti incoercibili in gravidanza dal Bricheteau, dall'Althaus, dal Campbell, dal Haynes, e dal Baird, dell'emorragie che precedono, accompagnano e seguono l'aborto dal Frank, dall'Apostoli e dal Baird, e finan-

(1) *Du traitement electrique des tumeurs fibreuses de l'uterus.* Paris, 1884.
(2) *Leçons cliniques sur les maladies des femmes.* Paris, 1883.
(3) *De l'électricité comme agent thérapeutique en gynécologie. American journal of obstetrics.* Décembre 1885.

che per convertire in intrauterina una gravidanza tubarica interstiziale (Munde). È quindi naturale che si sia pensato di valersene anche nei parti quale provocante e facilitante dei medesimi.

L'elettricità come mezzo ocitocico venne adoperata per la prima volta dall'Herder e dal Bertholen nel 1803 (1), vale a dire 29 anni prima della scoperta dell'induzione di Faraday, non impiegandosi allora che la corrente galvanica o l'elettricità di Franklin.

Nel 1834 Ramsbotham (2) consigliò l'elettricità per eccitare le contrazioni uterine e dopo di lui Schreiben, Iacoby, Wilsen, Mackenzie, Dempsey, Barnes, Hongton l'usarono con successo. Chi per altro diede pel primo grande importanza scientifica a questa applicazione fu il Radford (3), il quale in base ad esperienze cliniche ebbe a conchiudere nel 1853 che l'elettricità determina istantaneamente contrazioni più energiche di quelle prodotte dalla segale, mentre questa non manifesta la sua azione se non dopo un certo lasso di tempo; che quella si presta più agevolmente a regolare l'intensità delle contrazioni secondo il bisogno; che le contrazioni prodotte dall'elettrico a differenza delle cagionate dalla segale, assumono una forma più affine al tipo fisiologico, riescendo quindi affatto inocue alla esistenza del feto; che come ebbero ad avvertire e a constatare in quattro casi anche Wrigte Barnes, la segale assorbita dalla madre può penetrare nel circolo del feto e produrne contrazioni muscolari tetaniche, tali da cagionarne la morte poche ore dopo la nascita, e che inoltre l'elettricità puossi altresì impiegare alloraquando la debolezza ed i vomiti della madre impediscono l'assorbimento di altri medicamenti. In modo speciale poi il Radford consigliava tale ocitocico nei casi d'inserzione viziosa della placenta, ed in generale in tutti i casi d'emorragia prima del parto, impiegando un apparecchio elettro-magnetico ed applicando un polo sull'orificio uterino e sul collo, l'altro sulle pareti addominali.

Parimenti Dorringthon, Cleaveland, Frank ed Henry fecero e pubblicarono osservazioni nelle quali l'applicazione dell'elettricità ottenne buoni risultati, laddove altri mezzi erano riusciti inefficaci.

Il Simpson, è vero, ebbe in 8 casi risultato sempre negativo; ma Golding Bird giudica infondate le obbiezioni del Simpson perchè a suo avviso si valeva di un apparecchio elettro-magnetico difettoso.

In Francia il D. Saint-Germain (4) nella Maternità di Cochin nel 1869 fece

---

(1) *Traité d'électricité Medicale.* E. Onimus A. Ch. Legros. Paris, 1872, pag. 702.

(2) *Archives de Tocologie.* Septembre 1885, pag. 769.

(3) *The Lancet.* London, 1853, Vol. II, pag. 500.

(4) Charpentier. *Traité pratique des Accouchements.* Paris, 1883, T. II, pag. 14.

esperienze sull' effetto dell' elettricità applicata ai parti naturali servendosi dell' apparecchio di Rumkfort, e confessa non essere in alcun caso riescito a promuovere contrazioni uterine quando queste non fossero già in corso e sorte spontaneamente; ma ogni volta che il travaglio era già cominciato, ed i dolori succedevansi regolarmente e periodicamente ogni 1/4 d' ora, egli applicando i due reofori sulle regioni lombari constata sempre dopo pochi momenti le contrazioni farsi più intense e succedersi con maggior rapidità, ed i periodi dilatante, espulsivo e di secondamento avvenire più sollecitamente.

Anche in Italia non è mancato chi abbia approfittato dell' elettricità per agevolare ed accelerare il parto. Il Dott. Martemucci (1) infatti fin dal 1871, pubblicava nella *Gazzetta delle Cliniche di Torino* un caso di grave inerzia uterina vinta mediante l'elettrico colla macchina Wolff animata dalla pila Grené, ponendo gli eccitatori sulle pareti del ventre e facendoli trascorrere alternativamente sui muscoli retti ed ottenendo in capo a pochi momenti il risveglio del lavoro uterino, che cessava affatto col sospendere l' applicazione elettrica, per rincominciare più energico riapplicando la corrente e producendo in breve l' espulsione del feto.

Nel 1873 rendeva di pubblica ragione altri casi d'inerzia più o meno grave dell'utero vinti coll'elettricità, dai quali trasse nuova conferma della superiorità comparativa dell'elettrico sulla segala, accennata già dal Radford.

Ma nonostante i favorevoli successi dell' elettricità adoperata come mezzo eccitante delle contrazioni uterine ottenuti dai cultori dell'Ostetricia suaccennati, tuttavia i trattatisti di questa scienza che corrono per la maggiore o non ne fanno cenno alcuno o negano assolutamente la sua efficacia. Così, per citarne alcuni, il Delattre (2) discorrendo dei mezzi atti a vincere l' inerzia uterina dice che l'*elettricità è stata consigliata, usata, ma con nessun risultato;* il Braun, mentre non ne fa cenno rispetto all' inerzia uterina, afferma che nella provocazione del parto prematuro, non ha dato risultati soddisfacenti. Cazeaux e Tarnier (3) sebbene ricordino i quattro casi di lentezza e debolezza delle contrazioni superate dal Frank di Wolfenbutten coll' applicazione dell' elettro-magnetismo, pure confessano che la lettura di questi fatti non li ha convinti dell'utilità e della bontà di tale mezzo; aggiungendo che la difficoltà d' avere in pronto un apparecchio conveniente raramente permetterà che il medesimo venga adoperato.

Lo Schröeder si limita ad avvertire che l'elettricità è stata usata come eccitante delle doglie, ma non pronuncia alcun giudizio sulla sua efficacia.

---

(1) *Memorie Ginecologiche* del Dott. Ulisse Martemucci. Oneglia, 1873.

(2) *Traité pratique des Accouchements.* Paris, 1865, pag. 1061.

(3) *Trattato teorico pratico d'Ostetricia.* 1883, pag, 577.

Lo Charpenthier (1) senza rigettare l'uso dell'elettricità in travaglio consiglia a non valersene, poichè, dice egli, contro l'inerzia del periodo espulsivo val meglio ricorrere al forcipe ed all' estrazione manuale se il feto è in presentazione podalica; nell'inerzia che incoglie l'utero quando la dilatazione del suo orificio non è completa ricorrere di preferenza all'espressione, e se questa non dà pronti risultati passare allo sbrigliamento del collo, e subito dopo all' estrazione strumentale o manuale del feto.

Lo Stoltz infine mostrasi così avverso all'uso dell'elettricità come ocitocico da metterla allo stesso livello del colchico, del tartaro stibiato, del polipodio di quercia, della digitale, del solfuro di carbonio, tutti i quali mezzi, compreso il galvanismo, conchiude, *ne valent pas d'être discutés.* La quale sentenza, dice il Corradi (2), se ad altri sprezzante a noi pare affrettata, rispetto all' elettricità, essendo stata da altri scrittori giudicata capacissima di vincere l'inerzia uterina e di sollecitare assai l'espulsione della placenta.

Tanta disparità di sentenze intorno all'uso dell'elettricità come ocitocico non solo non mi indusse a rigettarla in modo assoluto come inutile espediente, memore che tutti i nuovi trovati della scienza anche quelli che oggidì sono universalmente riconosciuti come veri e come eminentemente proficui dovettero nei primordi superare mille ostacoli e sistematiche ripugnanze per parte di chi si attiene immobile al passato, ma invece mi invogliò a studiare di proposito la questione non accontentandomi soltanto delle altrui asserzioni, bensì ricorrendo io stesso all'osservazione clinica.

E per procedere con maggior esattezza in questa questione stimai necessario tener conto, nella esposizione delle storie cliniche, altresì delle circostanze più minute, potendo anche queste in un argomento di fatto acquistare importanza assai ragguardevole.

Osservazione I. — $\frac{\text{N. 16}}{1885\text{-}86}$

Q.... C.... Ipara, nubile d'anni 29 di Bologna, alta metri 1,32, non presenta segni di rachitide, bensì una marcata cifosi lombo-sacrale; la forma della pelvi è quella appunto del bacino cifotico; colla pelvimetria si hanno le seguenti misure:

---

(1) Op. citata, pag. 15.

(2) *Dell' Ostetricia in Italia dalla metà dello scorso secolo fino al presente,* Prof. Corradi. Memoria della Soc. Med. Chir. Bologna, 1875, Vol. VII, pag. 1291.

Distanza fra le S. I. A. S. . .	cent.	23,5
» » Creste I. . . .	»	26,5
Diam. obliquo sinistro	»	19
» » destro	»	18,5
Coniugata esterna	»	18,5
Diametro bisischiatico	»	95
Sacropubico stretto inferiore . .	»	10,5
Altezza della sinfisi pubica . .	»	3.5
» dell'angolo del pube . .	»	8

Coll' esame interno delle pelvi si scopre che il dito non raggiunge il promontorio, che la pelvi è alquanto schiacciata in senso trasverso, e che seguendo col dito le pareti laterali della scavazione dal basso all' alto, queste si allargano man mano si avvicinano allo stretto superiore. La donna al momento di questo primo esame (7 gennaio 86) risulta gravida di 8 mesi compiuti, e facilmente si può vedere che lo sviluppo del feto è men che mediocre, tanto che può permettere il parto a termine senza che debbansi temere serie difficoltà.

La sera del 6 febbraio si rompe spontaneamente il sacco, e scola buona quantità di liquido amniotico, senza che la donna avverta dolori di sorta.

A mezzodì del seguente giorno 7 il collo del tutto rammollito non è raccorciato; l' orifizio esterno è capace del dito che non raggiunge l' interno, la testa è scesa fino a metà della scavazione. Stando in tal modo le cose fattomi certo che non esistono nell'utero neppure leggere contrazioni indolenti, tenendo per un'intera ora la mano sul ventre all' 1,35 pom. applico la corrente elettrica continua coi due reofori agli estremi del diametro trasverso dell' utero, ed osservo dopo 30" apparire una contrazione discretamente intensa e dolorosa, che dura 55"; sospendendo la corrente durante la contrazione e applicandola durante gli intervalli ottengo:

ore	1,39	pom.	contrazione	che dura	. . . 20"	
»	1,42	»	»	»	. . . 55"	
»	1,47	»	»	»	. . . 85"	
»	1,52	»	»	»	. . . 30"	
»	1,54	»	»	»	. . . 45"	molto intense
»	2, 1	»	»	»	. . . 67"	molto intense
»	2, 7	»	»	»	. . . 60"	molto intense

Sospesa corrente:

ore 2,13	pom.	contrazione	che dura	. . .	55"	
» 2,16	»	»	»	. . .	65"	
» 2,20	»	»	»	. . .	40"	
» 2,24	»	»	»	. . .	30"	diminuisce intensità e dolore.
» 2,29	»	»	»	. . .	35"	
» 2,33	»	»	»	. . .	60"	
» 2,39	»	»	»	. . .	27"	
» 2,42	»	»	»	. . .	15"	
» 2,43	»	»	»	. . .	40"	
» 2,49	»	»	»	. . .	45"	
» 2,54	»	»	»	. . .	30"	

Applicata corrente:

ore 2,59	pom.	contrazione	che dura	. . .	70"	
» 3,4	»	»	»	. . .	80"	
» 3,10	»	»	»	. . .	75"	
» 3,13	»	»	»	. . .	80"	intensissime.
» 3,17	»	»	»	. . .	90"	
» 3,20	»	»	»	. . .	100"	

Sospesa la corrente le contrazioni seguitano intense per tutto il resto della giornata e della notte.

Mattino del 7. — Collo disfatto completamente, orificio uterino capace di 2 dita; la testa dista poco più d'un dito dal fondo pelvico, in posizione 2ª. Le contrazioni sono rare e poco intense come posso accorgermene seguendole attentamente:

ore 9,16	ant.	contrazione	che dura	. . .	35"
» 9,28	»	»	»	. . .	45"
» 9,35	»	»	»	. . .	40"
» 9,46	»	»	»	. . .	50"
» 9,56	»	»	»	. . .	40"
» 10,5	»	»	»	. . .	45"
» 10,18	»	»	»	. . .	42"
» 10,29	»	»	»	. . .	38"

Applicata corrente interrotta sul ventre solo durante le pause ore 10,33 ant.

ore 10,34	ant.	contrazione	che dura	. . .	35"
» 10,40	»	»	»	. . .	40"

ore 10,49	ant.	contrazione	che dura	. . .	50"
» 10,57	»	»	»	. . .	45"
» 11,4	»	»	»	. . .	50"
» 11,11	»	»	»	. . .	38"

Applicata corrente continua 11,12' ant. solo nelle pause.

ore 11,13	ant.	contrazione	che dura	. . .	75"
» 11,18	»	»	»	. . .	105"
» 11,24	»	»	»	. . .	85"
» 11,30	»	»	»	. . .	125"
» 11,35	»	»	»	. . .	95"

Sospesa corrente.

Ringagliardite così le contrazioni uterine il travaglio decorre normale tutta la giornata, lento solo il dilatarsi dell'orificio, e ciò in causa della troppo precoce rottura del sacco. Ogni volta che le doglie mostrano d'indebolirsi si applica la corrente e si ottiene sempre l'effetto di rinvigorirle. Alle 10 pom. la dilatazione è di 5 cent. Alle 12 1/4 ant. del giorno 8 comincia il periodo espulsivo durante tutto il quale le contrazioni uterine sono intensissime. Alle 3,5 ant. espulsione del feto in presentazione di vertice 2ª non convertita. Trascorsi 13 minuti dal parto, il secondamento avviene spontaneo. Involuzione uterina rapida, in 9ª giornata l'utero rasenta il pube e sentesi piccolissimo.

Osservazione II. — $\frac{\text{N. 21}}{1885\text{-}86}$

M.... Adele d'anni 22, 1ª gestante, con pelvi rachitica angusta in totalità, reniforme. C. V. 8 cent. Venendo decisa la provocazione del parto per la fine dell'8° mese, mi propongo di tentare, come mezzo per interrompere la gravidanza, l'elettricità.

22 Gennaio, 1 pom. — Applico la *corrente continua* direttamente sull'utero, ma in tutta la seduta che dura 1/2 ora non riesco ad ottenere che una sola contrazione leggera della durata di 25", che insorge 14 minuti primi dopo l'applicazione e non è seguita da altre. Alle 6 1/4 pom. applicazione della *corrente interrotta* direttamente sull'utero, e poi col polo positivo ai lombi il negativo sul fondo dell'utero, e durante tutta la seduta di 30', e anche dopo, l'utero resta nel suo fisiologico riposo.

23 Gennaio. — Eguali tentativi del giorno innanzi, ed eguale risultato.

Mostratasi così inefficace l'elettricità il 24 alle 10 ant. si introduce in vagina

un tampone Gariel, e fin dalle 4 pom. dello stesso giorno appaiono contrazioni che si ripetono ogni 10 minuti.

25. — Previa dilatazione con laminaria si introduce nell'utero un tamponcino di Tarnier, rimettendo in vagina quello di Gariel. Il travaglio intanto continua tutto il 25 ed il 26; alle 3 pom. del 27 si rompe spontaneamente il sacco, essendo la bocca uterina del diametro di 3 cent., e la testa discesa fino al margine inferiore della sinfisi pubica, molto flessa, in 2ª posizione. Palpando al disopra dello stretto superiore si sente una grossa porzione della testa fetale che solo è impegnata e discesa col cono occipitale. Alla sera le contrazioni sono intensissime e dolorose.

28. — Nella notte le doglie a poco a poco si son fatte rare e poco intense, e alle 6 1/2 ant. taciono del tutto. Dalle 6 1/2 alle 10 1/2 silenzio completo dell'utero. La dilatazione è di 4 cent. e 1/2; il resto è presso a poco nelle stesse condizioni di jeri sera.

Applicazione della corrente continua con 7 elementi dell'apparecchio Max Taube alle 10,35 ant. solo durante le pause.

ore 10,37	ant.	contrazione	che dura	. . .	50"
» 10,50	»	»	»	. . .	10"
» 10,53	»	»	»	. . .	120" * (1)

Sospesa corrente.

ore 11	ant.	contrazione	che dura	. . .	60"
» 11,12	»	»	»	. . .	30"

Silenzio fino alle 11,42.

ore 11,42	ant.	contrazione	che dura	. . .	35"
» 11,47	»	»	»	. . .	50"
» 11,50	»	»	»	. . .	55"
» 11,55	»	»	»	. . .	70"
» 12	»	»	»	. . .	60"

Sospesa corrente.

ore 12,3	pom.	contrazione	che dura	. . .	30"
» 12,15	»	»	»	. . .	45"
» 12,28	»	»	»	. . .	35"

(1) L'asterisco * indica che durante questa contrazione fu mantenuta applicata la corrente, mentre per le altre si tiene applicata solo durante le pause.

Applicata corrente 12,55 pom.

ore	12,27	pom.	contrazione	che dura . . .	50"
»	12,45	»	»	» . . .	45"
»	12,50	»	»	» . . .	45"
»	12,55	»	»	» . . .	65"
»	1	»	»	» . . .	55"
»	1,5	»	»	» . . .	110" *

Sospesa corrente.

ore	1,10	pom.	contrazione	che dura . . .	95"
»	1,14	»	»	» . . .	20"
»	1,19	»	»	» . . .	30"
»	1,23	»	»	» . . .	75"
»	1,30	»	»	» . . .	60"
»	1,45	»	»	» . . .	40"
»	1,48	»	»	» . . .	40"
»	1,50	»	»	» . . .	85"
»	1,59	»	»	» . . .	35"
»	2,6	»	»	» . . .	40"
»	2,10	»	»	» . . .	35"
»	2,13	»	»	» . . .	45"
»	2,18	»	»	» . . .	50"
»	2,25	»	»	» . . .	35"
»	2,30	»	»	» . . .	30"
»	2,36	»	»	» . . .	40"
»	2,40	»	»	» . . .	30"
»	2,45	»	»	» . . .	25"
»	2,55	»	»	» . . .	20"
»	3,2	»	»	» . . .	70"

Le contrazioni continuano così fino alle 5 pom. poi si indeboliscono, tanto che alle

ore	5,35	pom.	contrazione	che dura . . .	30"
»	5,45	»	»	» . . .	35"
»	5,58	»	»	» . . .	30"
»	6,19	»	»	» . . .	50"
»	6,24	»	»	» . . .	45"
»	6,29	»	»	» . . .	38"
»	6,50	»	»	» . . .	25"

Applicazione della corrente 7,5 pom.

ore 7,8	pom.	contrazione	che dura	. . .	60"
» 7,12	»	»	»	. . .	75"
» 7,15	»	»	»	. . .	120" *
» 7,20	»	»	»	. . .	105" *
» 7,25	»	»	»	. . .	95" *
» 7,29	»	»	»	. . .	125" *
» 7,34	»	»	»	. . .	53"
» 7,39	»	»	»	. . .	55"
» 7,43	»	»	»	. . .	60"
» 7,47	»	»	»	. . .	75"
» 7,51	»	»	»	. . .	90"

Sospesa corrente.

ore 7,55	pom.	contrazione	che dura	. . .	87"
» 8,2	»	»	»	. . .	85"
» 8,8	»	»	»	. . .	60"
» 8,12	»	»	»	. . .	55"

Applicata corrente.

ore 8,26	pom.	contrazione	che dura	. . .	85"	
» 8,30	»	»	»	. . .	90"	
» 8,35	»	»	»	. . .	60"	
» 8,38	»	»	»	. . .	30"	
» 8,40	»	»	»	. . .	150" *	intensissime e dolorosissime
» 8,42	»	»	»	. . .	120" *	
» 8,53	»	»	»	. . .	160" *	
» 9	»	»	»	. . .	105" *	

Sospesa corrente.

La dilatazione è di 6 cent., la testa è alquanto più discesa; la gran fontanella è impegnata tutta allo stretto superiore, al disopra del pube si palpa sempre gran parte della faccia.

Contrazioni spontanee.

ore 9,5	pom.	contrazione	che dura	. . .	85"
» 9,10	»	»	»	. . .	60"
» 9,18	»	»	»	. . .	90"
» 9,26	»	»	»	. . .	60"

ore 9,30	pom.	contrazione	che dura	. . .	40"	
» 9,32	»	»	»	. . .	80"	
» 9,36	»	»	»	. . .	75"	
» 9,41	»	»	»	. . .	45"	
» 9,50	»	»	»	. . .	40"	
» 9,58	»	»	»	. . .	70"	
» 10,4	»	»	»	. . .	60"	
» 10,10	»	»	»	. . .	45"	

Le contrazioni seguitano così fin verso mezzanotte.

Alla 1 ant. del 29.

ore 1,5	ant.	contrazione	che dura	. . .	20"	molto deboli.
» 1,17	»	»	»	. . .	32"	
» 1,27	»	»	»	. . .	35"	
» 1,41	»	»	»	. . .	35"	
» 1,53	»	»	»	. . .	25"	

Applicata corrente 1,55 ant.

ore 1,56	ant.	contrazione	che dura	. . .	50"
» 2	»	»	»	. . .	45"
» 2,4	»	»	»	. . .	60"
» 2,8	»	»	»	. . .	68"
» 2,11	»	»	»	. . .	57"
» 2,15	»	»	»	. . .	61"
» 2,19	»	»	»	. . .	75"
» 2,23	»	»	»	. . .	185" *
» 2,28	»	»	»	. . .	115" *
» 2,33	»	»	»	. . .	56"
» 2,37	»	»	»	. . .	64"
» 2,40	»	»	»	. . .	58"

Sospesa corrente.

Le contrazioni continuano energiche e frequenti per tutto il resto della notte; al mattino alle 8 tendono di nuovo a farsi deboli, l'orificio è del diametro di cent. 7 1/2, la testa dista appena un dito dal fondo pelvico; la grande fontanella sentesi discesa fino a metà della branca ischiopubica sinistra, e palpando sul pube non si sentono che due dita trasverse di testa al disopra del medesimo. Doppio battito molto frequente: per questo si crede opportuno ricorrere al forcipe. Applicato questo colle regole volute da una seconda posizione, si praticano quattro incisioni in giro al margine dell'orificio per impedire che si laceri es-

sendo teso e non completamente dilatato. Col forcipe si converte la posizione occipite posteriore in anteriore e si estrae facilmente il feto vivo.

La placenta esce spontaneamente dopo 12 minuti dal parto. Non si amministra segale dopo il secondamento, e tuttavia l'utero mostrasi fortemente contratto; involuzione rapida non sentendosi più sopra al pube l'utero fino dalla 10ª giornata.

Osservazione III. — $\frac{\text{N. 13}}{1885\text{-}86}$

Ipara, con pelvi normale; il travaglio esordisce a termine il 26 febbraio a 4 ore pom. Contrazioni languide, brevi e succedentesi a lunghi intervalli. Tenendo conto esatto di esse si trova:

ore 7,2	pom.	contrazione	che dura	. . .	35"
» 7,17	»	»	»	. . .	20"
» 7,31	»	»	»	. . .	30"
» 7,46	»	»	»	. . .	35"

Il collo è disfatto, l'orificio a margine sottile aperto 1 cent. La testa profondamente discesa in posizione 1ª.

Applicazione della corrente continua coi reofori ai lati dell'utero, e con 5 copie dell'apparecchio Glauert, solo durante le pause, a 7,48 pom.

ore 7,49	pom.	contrazione	che dura	. . .	48"
» 7,53	»	»	»	. . .	130" *
» 8,1	»	»	»	. . .	30"
» 8,10	»	»	»	. . .	55"
» 8,14	»	»	»	. . .	30"
» 8,19	»	»	»	. . .	45"
» 8,25	»	»	»	. . .	65"
» 8,31	»	»	»	. . .	47"

Sospesa corrente.

ore 8,37	pom.	contrazione	che dura	. . .	45"
» 8,43	»	»	»	. . .	50"
» 8,50	»	»	»	. . .	35"
» 8,57	»	»	»	. . .	40"
» 9,4	»	»	»	. . .	25"
» 9,15	»	»	»	. . .	20"

Applicata corrente 9,16 pom.

ore 9,17	pom.	contrazione	che dura	. . .	45"	
» 9,22	»	»	»	. . .	60"	
» 9,27	»	»	»	. . .	92"	intense.
» 9,32	»	»	»	. . .	70'	
» 9,37	»	»	»	. . .	85"	
» 9,43	»	»	»	. . .	50'	
» 9,48	»	»	»	. . .	35"	

Sospesa corrente. Orificio del diametro di 4 cent. testa scesa 1 dito sotto la sinfisi del pube.

ore 9,50	pom.	contrazione	che dura	. . .	45"	
» 9,56	»	»	»	. . .	35"	
» 10,1	»	»	»	. . .	35"	deboli.
» 10,7	»	»	»	. . .	41"	
» 10,11	»	»	»	. . .	26"	

Applicata corrente 10,13 pom.

ore 10,14	pom.	contrazione	che dura	. . .	45"
» 10,17	»	»	»	. . .	120" *
» 10,23	»	»	»	. . .	97" *
» 10,27	»	»	»	. . .	65" *
» 10,33	»	»	»	. . .	72" *

Sospesa corrente.

ore 10,35	pom.	contrazione	che dura	. . .	60"

Rottura spontanea del sacco.

ore 10,38	pom.	contrazione	che dura	. . .	67"
» 10,40	»	»	»	. . .	65"
» 10,47	»	»	»	. . .	55"

Orificio del diametro di 6 cent. La testa dista pochissimo dal fondo pelvico.

ore 10,51	pom.	contrazione	che dura	. . .	55"
» 10,56	»	»	»	. . .	50"
» 11,5	»	»	»	. . .	55"
» 11,10	»	»	»	. . .	75"
» 11,16	»	»	»	. . .	70"

Comincia il periodo espulsivo, durante il quale le contrazioni si mantengono energiche e frequenti; e dopo 1 ora 1/4 espulsione del feto vivo. Trascorsi 7 minuti la placenta esce spontaneamente dalla vulva. Puerperio normale, rapidissima l'involuzione uterina.

Osservazione IV. — $\frac{\text{N. 1}}{1885\text{-}86}$

P.... T.... nubile giornaliera d'anni 23. IIpara pelvi normale. Il travaglio a termine comincia alle 3 ant. del 15 gennaio.

Alla visita del mattino si trova collo disfatto, orificio del diametro di 4 cent. sacco integro, testa discesa fino a metà della sinfisi in 4ª posizione. Le contrazioni che nella notte erano energiche, ora si sono molto indebolite.

Dalle 12 all'1 ora pom. tenuto conto esatto delle medesime, si trova:

ore	12,2	pom.	contrazione	che dura	. . . 35"
»	12,20	»	»	»	. . . 32"
»	12,37	»	»	»	. . . 25"
»	12,53	»	»	»	. . . 38"
»	1,11	»	»	»	. . . 24"

Inoltre sono deboli talchè durante esse la parete uterina può alquanto introflettersi.

All'1,12 pom. applico la *corrente continua* coi due reofori ai lati dell'utero, con 7 copie dell'apparecchio Dott. Max Taube.

ore	1,13 25	pom.	contrazione	che dura	. . 45"	globo uterino durissimo.
»	1,18	»	»	»	. . 50'	
»	1,24	»	»	»	. . 75"	
»	1,29	»	»	»	. . 55"	
»	1,34	»	»	»	. 2' 25"	
»	1,43	»	»	»	. . 97"	
»	1,49	»	»	»	. 3' 30"	

Sospesa corrente.

ore	1,53	pom.	contrazione	che dura	. . . 67"
»	1,57	»	»	»	. . . 75"
»	2,6	»	»	»	. . . 55"
»	2,10	»	»	»	. . . 75"

Applicata corrente ore 2,15.

ore 2,16	pom.	contrazione	che dura	. .	1' 30" *
» 2,21	»	»	»	. .	2' 46" *
» 2,28	»	»	»	. .	4' 30" *

Sospesa corrente.

Alle 2,34 pom. comincia il periodo espulsivo che termina alle 2,57 pom. coll'uscita di feto vivo, in posizione 4ª convertita.

Dopo 5 minuti la placenta viene espulsa spontaneamente dai genitali.

L'utero dopo il parto è fortemente contratto, e non occorre amministrare la segale.

Puerperio normale. L'involuzione uterina si fa manifestamente più rapida del consueto, non sentendosi più l'utero al disopra del pube di già in 9ª giornata.

Osservazione V. — $\frac{\text{N. 27}}{1885\text{-}86}$

G.... M.... maritata, d'anni 36, VIpara, pelvi normale; gravidanza a termine. Entra nell'Istituto il 16 gennaio alle 6 pom.; trovasi già in travaglio fino dalla notte precedente; le acque sono scolate a domicilio alle 5 pom. le doglie sono debolissime e rade.

ore 6,35	pom.	contrazione	che dura	. . .	35"
» 6,53	»	»	»	. . .	40"
» 7,12	»	»	»	. . .	28"
» 7,31	»	»	»	. . .	36"
» 7,49	»	»	»	. . .	25"
» 8,10	»	»	»	. . .	34"
» 8,31	»	»	»	. . .	42"

Durante queste doglie la parete uterina si lascia introflettere; esse poi sono pochissimo dolorose. Dilatazione della bocca uterina di 4 cent. testa discesa fino a metà della scavazione, in posizione occipito-iliaca trasversa sinistra.

Applicazione della corrente continua alle 8,40 pom. I due reofori sono collocati ai lati dell'utero e solo durante le pause; la corrente è data da 8 elementi dell'apparecchio Max Taube.

ore 8,42	pom.	contrazione	che dura	. . .	50"
» 8,47	»	»	»	. . .	60"
» 8,54	»	»	»	. . .	90" *
» 9,1	»	»	»	. . .	78" *

ore 9,7 pom. contrazione che dura . . . 185" *
» 9,14 » » » . . . 60" *
» 9,20 » » » . . . 85" *

Sospesa corrente perchè la donna preme e comincia ad apparire alla vulva la testa del feto.

Ore 9,26 pom. parto rapidissimo di feto vivo; dopo 5 minuti la placenta trovasi tutta in vagina da dove dopo altri 5 minuti viene spontaneamente cacciata. Puerperio normale. Involuzione uterina rapida, in 10ª giornata l'utero è del tutto disotto al pube.

Osservazione VI. — N. 17 / 1885-86

I.... G.... d'anni 18, 1ª gravida con pelvi ben fatta. Gravidanza a termine. Prime doglie alle 8 ant. del 18 gennaio, frequenti e regolari.

Ore 12,8 pom. Collo disfatto, orificio del diametro di 3 cent. sacco intatto, testa profondamente impegnata in 4ª posizione. Contrazioni spontanee.

ore 12,9 pom. contrazione che dura . . . 40"
» 12,15 » » » . . . 30"
» 12,21 » » » . . . 27"
» 12,26 » » » . . . 35"
» 12,33 » » » . . . 15"
» 12,39 » » » . . . 50"
» 12,45 » » » . . . 36"
} debolissime.

Applicazione della corrente continua (8 copie dell'apparecchio Max Taube) coi reofori applicati sui lati della matrice solo durante le pause, 12,46 pom.

ore 12,47 pom. contrazione che dura . . 55"
» 12,49 » » » . . 60"
» 12,53 » » » . . 50"
» 12,51 » » » . . 94"
» 1 » » » . . 45"
} intense.

Sospesa corrente.

ore 1,8 pom. contrazione che dura . . . 50"
» 1,13 » » » . . . 60"
» 1,20 » » » . . . 43"
» 1,24 » » » . . . 51"

ore 1,29	pom.	contrazione	che dura	. . .	38"
» 1,35	»	»	»	. . .	41"
» 1,42	»	»	»	. . .	34"
» 1,50	»	»	»	. . .	30"

Rottura spontanea del sacco; orificio del diametro di 5 cent. testa 1 dito da piano perineale, sempre in quarta posizione non flessa.

Applicazione della corrente 1,51".

ore 1,52"	pom.	contrazione	che dura	. . .	45"	
» 1,56	»	»	»	. . .	78"	
» 2,2	»	»	»	. . .	80"	
» 2,7	»	»	»	. . .	65"	
» 2,12	»	»	»	. . .	70"	
» 2,18	»	»	»	. . .	50"	
» 2,20"	»	»	»	. . .	60" *	globo uterino durissimo.
» 2,23	»	»	»	. . .	75" *	
» 2,25	»	»	»	. . .	90" *	
» 2,28	»	»	»	. . .	80" *	
» 2,30"	»	»	»	. . .	95" *	

Sospesa corrente.

ore 2,33	pom.	contrazione	che dura	. . .	55"
» 2,38	»	»	»	. . .	60"
» 2,43	»	»	»	. . .	65"

Comincia il periodo espulsivo. Mentre si esplora, e già la testa comincia a deprimere il perineo, sentesi la testa dalla 4ª portarsi in 1ª posizione. Espulsione di feto vivo ed in istato normale alle 3,28 pom. Dopo 4 minuti la placenta sentesi in vagina, e dopo 8 minuti dal parto con leggierissima pressione sul fondo uterino viene espulsa. Puerperio normale.

L'utero in 10ª giornata rasenta col suo fondo il pube.

Osservazione VII. — $\frac{\text{N. 2}}{1885\text{-}86}$

F.... A.... nubile di Bologna, d'anni 19, 1ª gestante, affetta da doppia lussazione congenita di femori. La pelvi, tranne un leggiero schiacciamento in senso trasverso, non presenta alterazione dei diametri tali da rendere difficile il parto a termine, il quale stando all'anamnesi ed ai risultati dell'esame obbiettivo che collimano perfettamente con quella, doveva avvenire il 29 o 30 di-

cembre. Giunta a quest' epoca la donna non mostra i segni del parto imminente; passano così pure i primi di gennaio ed il parto nonchè avvenire non si mostra prossimo.

Visto allora come la gravidanza tenda a farsi serotina e inoltre come il volume pur molto sviluppato dell' utero sia dovuto quasi esclusivamente a grande sviluppo del feto essendo le acque scarse, e che la pelvi alquanto ristretta, quantunque non molto deformata dalla doppia lussazione ileo-femorale, potrebbe dare ostacolo al compimento del parto, se questo avvenisse, molto tempo oltre il termine naturale della gestazione si decide di eccitare l' utero ad entrare in contrazione ed espellere così il suo contenuto. Questa decisione vien presa dal Prof. Fabbri nella lezione Clinica del 6 gennaio, per tutta la durata della quale ognuno degli astanti può accorgersi che non si ha neppure una contrazione uterina spontanea e indolente.

6 Gennaio. Applicazione della corrente continua, con 8 copie dell'apparecchio Max Taube, collocando i reofori ai lati dell'utero, ore 12 1/2 pom.

ore 12,34	pom.	contrazione	che dura	. . .	30"
» 12,41	»	»	»	. . .	34"
» 12,56	»	»	»	. . .	30"

Sospesa la corrente le contrazioni non si ripetono.

Ore 10 pom. seconda applicazione.

ore 10,3	pom.	contrazione	che dura	. . .	38"
» 10,12	»	»	»	. . .	65"
» 10,17	»	»	»	. . .	42"
» 10,26	»	»	»	. . .	25"
» 10,34	»	»	»	. . .	30"
» 10,41	»	»	»	. . .	45"
» 10,46	»	»	»	. . .	40"

Sospesa corrente.

ore 10,52	pom.	contrazione	che dura	. . .	35"
» 11,1	»	»	»	. . .	40"
» 11,5	»	»	»	. . .	40"
» 11,10	»	»	»	. . .	35"
» 11,14	»	»	»	. . .	45"

Riapplicata corrente 11,17 pom.

ore 11,19	pom.	contrazione	che dura	. . .	50"	più dolorose delle precedenti
» 11,26	»	»	»	. . .	46"	
» 11,31	»	»	»	. . .	72"	

Sospesa corrente.

Le contrazioni continuano tutta notte; il travaglio si dichiara manifestamente, ed il parto avviene coll'ajuto del forcipe applicato allo stretto inferiore per minacciata asfissia del feto.

Osservazione VIII. — $\frac{\text{N. 21}}{1885\text{-}86}$

Ipara d'anni 29 entrata in Maternità il 5 febbraio 1886, gravidanza alla fine dell'8° mese, pelvi normale, utero incudiforme con idramnios. Fino dagli ultimi di febbraio non avverte più i moti attivi.

Esaminata il 4 marzo, perchè solo allora manifesta il sospetto di avere nell'utero un feto morto, si nota la mancanza su tutto l'ambito addominale del doppio battito, dippiù la parte presentata ballottabile non si sente così dura come prima e su tutto il resto dell'utero col palpamento non si ravvisano distintamente parti fetali.

11 Marzo 5 3/4 pom. — Rottura spontanea del sacco con emissione di molta quantità di liquido amniotico di color rossastro sporco. La donna non ha dolori ed esaminando attentamente ed a lungo lo stato dell'utero non vi si notano contrazioni di sorta.

Il collo è disfatto e l'orificio capace a stento della punta del dito; la testa è mobile allo stretto superiore.

In tali condizioni sembrandomi questo caso opportunissimo per le ricerche propostemi, decido di applicare la corrente elettrica, e volendo istituire un'esperienza comparativa, comincio dell'adoprare la corrente indotta, ponendo il Katode alla colonna lombare, l'anode sull'utero.

L'applicazione è fatta a ore 7,5 pom.; e solo durante le pause.

ore 7,9	pom.	contrazione	che dura	. . .	10"	debolissime e poco dolorose.
» 7,12	»	»	»	. . .	25"	
» 7,17	»	»	»	. . .	28"	
» 7,20	»	»	»	. . .	30"	
» 7,23	»	»	»	. . .	40"	
» 7,25	»	»	»	. . .	26"	un po' dolorose.
» 7,27	»	»	»	. . .	35"	
» 7,29	»	»	»	. . .	60"	
» 7,33	»	»	»	. . .	60"	

ore 7,37	pom.	contrazione	che dura	. . .	58"	
» 7,40	»	»	»	. . .	60"	
» 7,43	»	»	»	. . .	65"	poco intense.
» 7,45	»	»	»	. . .	60"	poco intense.
» 7,48	»	»	»	. . .	58"	poco intense.
» 7,52	»	»	»	. . .	58"	il dolore cresce gradatamente.
» 7,57	»	»	»	. . .	45"	il dolore cresce gradatamente.
» 8,4	»	»	»	. . .	90"	il dolore cresce gradatamente.
» 8,10	»	»	»	. . .	64"	il dolore cresce gradatamente.
» 8,17	»	»	»	. . .	55"	il dolore cresce gradatamente.

Sospesa corrente.

ore 8,23	pom.	contrazione	che dura	. . .	10"	deboli.
» 8,27	»	»	»	. . .	25"	deboli.
» 8,34	»	»	»	. . .	30"	deboli.
» 8,37	»	»	»	. . .	40"	deboli.

Applicata corrente continua 6 elementi, apparecchio Glavert, ambedue i poli ai lati dell'utero, 8,40 pom.

ore 8,42	pom.	contrazione	che dura	. . .	64"	intense e dolorose più delle precedenti.
» 8,46	»	»	»	. . .	120" *	intense e dolorose più delle precedenti.
» 8,52	»	»	»	. . .	120" *	intense e dolorose più delle precedenti.
» 8,56	»	»	»	. . .	75"	intense e dolorose più delle precedenti.
» 9,2	»	»	»	. . .	80"	intense e dolorose più delle precedenti.
» 9,8	»	»	»	. . .	90"	intense e dolorose più delle precedenti.
» 9,15	»	»	»	. . .	75"	intense e dolorose più delle precedenti.
» 9,21	»	»	»	. . .	90"	intense e dolorose più delle precedenti.

Sospesa corrente.

ore 9,25	pom.	contrazione	che dura	. . .	60"	intense e dolorose più delle precedenti.
» 9,30	»	»	»	. . .	50"	intense e dolorose più delle precedenti.
» 9,38	»	»	»	. . .	90"	intense e dolorose più delle precedenti.
» 9,44	»	»	»	. . .	60"	
» 9,48	»	»	»	. . .	50"	
» 9,54	»	»	»	. . .	65"	
» 10,1	»	»	»	. . .	60"	
» 10,14	»	»	»	. . .	65"	

Orificio del diametro di 4 cent., attraverso ad esso sporge il cuoio capelluto

disteso da raccolta di liquido a mo' di sacca che tendesi sotto alle contrazioni: la testa profondamente impegnata.

Applicata corrente ore 10,18 pom.

	ore 10,19	pom.	contrazione	che dura	. . .	85"
	» 10,25	»	»	»	. . .	120"
	» 10,35	»	»	»	. . .	75"
	» 10,37	»	»	»	. . .	85"
	» 10,44	»	»	»	. . .	75"
	» 10,50	»	»	»	. . .	80"
	» 10,56	»	»	»	. . .	65"
	» 11,2	»	»	»	. . .	75"
	» 11,7	»	»	»	. . .	80"
	» 11,14	»	»	»	. . .	75"
	» 11,19	»	»	»	. . .	90"
	» 11,25	»	»	»	. . .	95"
	» 11,30	»	»	»	. . .	75"
	» 11,37	»	»	»	. . .	70"

Sospesa corrente.

	ore 11,44	pom.	contrazione	che dura	. . .	65"	
	» 11,50	»	»	»	. . .	70"	
	» 11,58	»	»	»	. . .	65"	
12 marzo	» 12,5	ant.	»	»	. . .	80"	
	» 12,12	»	»	»	. . .	70"	
	» 12,17	»	»	»	. . .	75"	
	» 12,25	»	»	»	. . .	68"	
	» 12,33	»	»	»	. . .	58"	
	» 12,45	»	»	»	. . .	40"	
	» 12,52	»	»	»	. . .	45"	
	» 1,7	»	»	»	. . .	52"	
	» 1,15	»	»	»	. . .	42"	
	» 1,28	»	»	»	. . .	40"	
	» 1,39	»	»	»	. . .	48"	deboli.
	» 1,47	»	»	»	. . .	50"	deboli.
	» 2,1	»	»	»	. . .	35"	deboli.
	» 2,12	»	»	»	. . .	50"	deboli.
	» 2,25	»	»	»	. . .	40"	deboli.
	» 2,35	»	»	»	. . .	46"	deboli.

Applicata 2,40 ant.

ore 2,40	ant.	contrazione	che dura	. . .	60"	
» 2,46	»	»	»	. . .	80"	
» 2,50	»	»	»	. . .	74"	intense.
» 2,56	»	»	»	. . .	80"	
» 2,59	»	»	»	. . .	68"	
» 3,4	»	»	»	. . .	75"	

Le contrazioni continuano in questo modo fino al parto completo.

Ore 5 ant. espulsione del feto macero, in presentazione vertice, 2ª posizione non convertita. Secondamento spontaneo dopo 4 minuti. Puerperio normale.

Dall'osservazione II, in cui la corrente elettrica fu applicata per provocare il parto prematuro appare come non venisse raggiunto lo scopo. Questo fatto fece domandare a me stesso come mai la corrente elettrica impiegata da taluno alla provocazione del parto prematuro abbia potuto dare, fra tanti contrari, alcuni risultati favorevoli quali sono quelli che leggonsi nel *Trattato d' operazioni ostetriche del Barnes* ed in una memoria recente del Baird (1), nella quale sono citati anche successi dell'Harninger e dell' Iacoby? e parvemi aver trovato la spiegazione nelle speciali condizioni di alcune delle donne affette da bacino viziato alle quali appunto suolsi troncare la gravidanza, massime in base al fatto a cui credo accennasse pel primo il Prof. Chiara nella *Lettera rendiconto* del 1878 (2), discorrendo della maggiore o minore opportunità di provocare il parto prematuro in pelvi anguste. « Nella pluralità delle donne viziate, egli dice, « in quelle specialmente nelle quali la stenosi pelvica s'accompagna da gracilità « ed atrofia scheletrica, il parto precoce è la regola, il parto prematuro frequen- « tatissimo. Da circa tre anni, dacchè la mia attenzione è rivolta su questo punto « di pratica, calcolo a circa 20 il numero dei parti di questa fatta che ogni « anno si osservano nel nostro Istituto in donne ristrette da 80 a 90 mm. nella « C. V. Questo fatto che, lo ripeto, ciascun clinico può, quando il voglia veri- « ficare, riconosce più elementi etiologici, tra cui credo precipuo *la nota mem-* « *brionale della fibra uterina;* per cui si fanno adulte e raggiungono il grado « di sviluppo necessario per il parto più presto o a minor mole che negli uteri « grandi, ben sviluppati, o per dirla ostetricamente, *ben conformati;* avverrebbe « insomma per l'organo ciò che si osserva nell'individuo; v' ha la donna, che

---

(1) *De l'électricité comme agent thérapeutique et prophylatique en Obstétrique Baird. Archives de tocologie.* Septembre 1885.

(2) *Annali d' Ostetricia, Ginecologia e Pediatria,* 1880, pag. 468.

« raggiunge il massimo sviluppo, ed è adulta quando la sua statura è m. 1,40 « v'ha quella che v'arriva colla statura di m. 1,60 e quell'altra di m. 1,70. È « probabile inoltre che l'armonia fra contenuto e contenente (pelvi, utero, ovo) « voluta dalle leggi organiche non vi sia estranea. » E che l'asserzione del Prof. Chiara sia conforme al vero, ho avuto occasione di constatare io stesso parecchie volte nell'Istituto Ostetrico di Modena e sopratutto in due casi; il primo dei quali presentossi in donna alta m. 1,30, con scheletro gracile e pelvi angusta in totalità leggermente scoliotica, C. V. 85 mm.; ed il secondo in altra alta m. 1,35, di sembianze veramente infantili, con pelvi regolarmente angusta reniforme, C. V. 81 mm., le quali, mentre per l'una erasi deciso lasciare che la gravidanza andasse a termine, per l'altra provocare il parto alla fine dell'8° mese, si sgravarono spontaneamente una al 7° mese e 1/2, l'altra all'8°, indipendentemente da qualunque causa accidentale. Or bene, credo che le ragioni adotte dal Chiara per ispiegare il fatto dei parti spontaneamente precoci e prematuri in donne a pelvi viziate, offra il modo di conciliare plausibilmente gli opposti risultati degli esperimentatori della corrente elettrica nella provocazione del parto, essendochè non è improbabile che i risultati positivi siensi ottenuti, in donne con pelvi viziate, nelle quali giusta l'avvertenza del Chiara, l'utero aveva già raggiunto il suo massimo sviluppo e la sua determinazione a contrarsi prima del termine, ed i negativi invece in donne con utero di normale sviluppo. E se ciò non bastasse potrei aggiungere a spiegazioni dei buoni risultati da alcuni ottenuti (Radford) che l'introduzione di uno dei reofori in vagina può con una certa probabilità avere di per sè stesso determinato il travaglio, agendo il reoforo introdotto come corpo estraneo eccitante meccanicamente l'utero a contrarsi, essendochè è noto come uno dei mezzi suggeriti per provocare il parto prematuro consista appunto nell'irritazione meccanica dell'utero mediante un corpo estraneo in vagina.

Quanto poi ai casi speciali del Baird che è riuscito ad interrompere la gravidanza coll'elettricità 8 volte (5 per inserzioni viziose di placenta, 1 per dissenteria, 1 per dispepsia, 1 per vomito incoercibile) restano destituiti di qualunque autorità, se si considera che il loro risultato positivo non devesi all'esclusivo impiego dell'elettricità, ma all'uso combinato di questa e della dilatazione artificiale del collo, processo misto che egli dichiara il più rapido per ottenere lo scopo. Concludendo adunque pel risultato da me ottenuto nell'applicazione della corrente elettrica al parto prematuro, dirò che essa non è stata capace a provocarlo; ma siccome altri probabilmente per le ragioni dianzi esposte, hanno ottenuto risultato soddisfacente, così non sono alieno dal consigliare, prima di ricorrere ad altri, nuovi tentativi di questo mezzo sempre inocuo, qualche volta efficace.

Passiamo ora a considerare gli effetti dell' elettrico applicato a termine di gravidanza. Nei 3 casi (vedi osservazione I, VII, VIII), nei quali mi è occorso di valermi della corrente elettrica a termine di gestazione e senza che si fossero per anco manifestate contrazioni, ho avuto un successo pienamente favorevole, giacchè non è neppure da sospettarsi che le contrazioni, che io affermo determinate dalla corrente, cominciassero a manifestarsi anche senza di essa, essendo che appena applicata la corrente si determinarono solo dopo 30" in un caso, è 4' negli altri, e andarono man mano crescendo, finchè sospesa l'azione dell'elettrico a grado a grado mostravano di diminuire rinvigorendo ad una nuova applicazione. Tale successo è contrario a quanto è stato asserito dal Saint Germain, che forse non ebbe ad esperimentare gli effetti della corrente in un parto veramente a termine e prima che il travaglio fosse iniziato. Ne è a reputare questo effetto dalla corrente elettrica sia poco giovevole, giacchè nelle gravidanze che minacciano di farsi serotine, di cui è esempio l'osservazione VII, è da preferirsi a qualunque altro mezzo, perchè facile nell'applicazione e soddisfacente negli effetti.

Ma i casi nei quali la corrente elettrica presta all'Ostetrico maggiori servigi e si raccomanda come indispensabile, sono quelli nei quali l' utero minaccia di diventare od è già inerte; imperocchè ha la virtù non solo di prevenire l'inerzia medesima rinvigorendo le contrazioni, accoppiandosi alla forza nervosa di cui impedisce l' esaurimento e divenendone così un mezzo di risparmio, ma inoltre di risvegliare l'utero dal torpore in cui è caduto o per debolezza della donna o per soverchio lavoro.

Vedemmo infatti come nell'osservazione I, tutte le circostanze concomitanti il travaglio, quali la debole costituzione della donna, l' angustia pelvica, la rottura del sacco prima del disfacimento del collo e dell'apertura degli orifizi, la posizione occipito-posteriore che in un bacino cifotico non potevasi convertire, come infatti non si convertì, ed il travaglio di oltre 50 ore, facevano prevedere un' immancabile esaurimento di forza nerveo muscolare. L'elettricità valse a mantenere vigorose le contrazioni, ed a far sì che in un periodo espulsivo di oltre tre ore l'utero non venisse mai meno nel suo lavoro, anzi tanto più aumentasse in potenza quanto più avvicinavasi il completamento del parto.

E nell' osservazione II, in cui dopo un travaglio di 4 giorni l' utero erasi prostrato in una completa inerzia e la ristrettezza del bacino, la poca dilatazione della bocca uterina ed il modellamento incompleto della testa fetale avrebbero resa inefficace e forse pericolosa l'applicazione del forcipe, l' elettricità vinse immediatamente l'inerzia e rinvigorì per modo le contrazioni da divenire ben presto capaci di far progredire la dilatazione del collo, promovere il modellamento della testa e la sua discesa attraverso all'angusta via e da rendere così possibile ed

affatto inocua l'applicazione del forcipe richiesta da segni di sofferenza del feto. Ben è vero che anche la diminuzione di forza nelle contrazioni fu un' altra causa, secondaria, che consigliò l'applicazione del forcipe, ma non devesi trarne un argomento contro la virtù dell'elettrico, essendochè erano trascorse parecchie ore dacchè la corrente non era stata applicata e non è a dubitare che riapplicata avrebbe animate le contrazioni dell'utero in guisa da espellere naturalmente il feto, senonchè la minacciante asfissia di questi per travaglio eccessivamente lungo a sacco precocemente rotto, la stanchezza della donna, e l' occasione che si presentava favorevole e senza alcun pericolo, di compiere il parto coll'aiuto del forcipe, furono le ragioni che ci consigliarono a non aspettare più a lungo per ricorrere all'elettrico.

E qui tornami in acconcio fare un'osservazione sul giudizio dello Charpentier circa l'uso dell'elettricità; egli tende a rigettarla dicendo che nel periodo espulsivo, cioè a dilatazione completa, generalmente il ritardo nel progredire del parto è dato da resistenza del perineo e che quindi è preferibile il forcipe (?); nel 1° periodo, a dilatazione incompleta, insorgendo pericoli pel feto consiglia l' espressione, e se questa non riesce gli sbrigliamenti dell'orificio e la pronta estrazione del feto. Senonchè nel raccomandare l'uso dell'elettricità non intendo farne una panacea universale; riconosco anch'io che in certe condizioni non se ne può valere, ma parmi errata l'argomentazione dello Charpentier che condanna l'uso dell' elettricità in genere basandosi unicamente sulla inefficacia e sul danno che esso può produrre in quei casi solo, nei quali io pure ne disapprovo l'uso.

Le ragioni dello Charpentier non valgano a scemare punto in me la convinzione che sia da raccomandarsi e praticarsi l' uso dell' elettricità nei casi in genere di travaglio lungo per debolezza di contrazioni e specialmente quando trattasi di parti in pelvi viziate e nelle quali il modellamento della testa non può aver luogo senza contrazioni valide e sostenute, ed in quelli in cui l' utero sia divenuto inerte, convinzione nella quale anche il mio illustre maestro, il Prof. Fabbri, ebbe testè a maggiormente raffermarsi in un caso occorsogli nella sua pratica privata.

Dopo quanto ho detto fin qui, e sebbene io non possa addurre osservazioni mie proprie all' uopo, parmi che sia inutile diffondermi a dimostrare che l' elettricità torna assai profittevole nei casi di placenta previa, giacchè ammesso, come è indubitato, che essa abbia sempre la virtù di risvegliare e mantenere energiche le contrazioni, non si potrà anche in simili casi non approfittarne come ebbero a dimostrare e praticare Radford, Tipiakoff, ecc.

L' uso della corrente elettrica durante il travaglio estende i suoi benefici effetti altresì sul secondamento, attesochè giusta quanto risulta dalle osservazioni su esposte, fa sì che anche espulso il feto, l'utero continui a contrarsi ancora con

tanta energia da staccare ed espellere gli annessi in un tempo più breve dell'ordinario. Ben è vero che le osservazioni mie non hanno numericamente un valore imponente, ma anche le molte fatte dal Kilner e dal Baird, hanno portato al medesimo risultato, e senza che in nessuna di esse, come in nessuna delle mie poche, abbia avuto luogo mai emorragia post-partum.

Accade coll' elettrico quanto si osserva dopo di avere amministrato durante il parto piccole dosi di segale cornuta, che cioè la retrattilità e la contrattilità aumentano e così resta abbreviato quest' ultimo periodo del parto, la qual cosa è apprezzabilissima massime da chi lascia che esso si compia spontaneamente.

La corrente applicata durante il sopraparto, ha influito eziandio sull' involuzione puerperale dell'utero affrettandola in modo che nelle sette osservazioni a capo di 9 o 10 giorni rasentava col suo fondo il pube mentre d'ordinario non s'abbassa fino a quel punto se non in 12ª-13ª giornata. Applicato in tre casi poi novellamente durante il puerperio stesso, ebbi ad osservare molto sensibilmente che le contrazioni dell'utero, le quali prima erano tenui e di breve durata (50" in media e divise da pause di 10"-12") divenivano più frequenti e più intense, a tale che l'utero indurendosi fortemente faceva una manifesta sporgenza attraverso alle pareti del ventre, che prima non appariva. Fattone uso in un caso nel quale non era stata applicata durante il parto per stentata involuzione arrivando l'utero in 5ª giornata ancora un dito sotto l'ombelico, coll'applicarlo per 4 giorni di seguito, con sedute di mezz'ora per volta, m' accorsi che l' utero si contraeva più vigorosamente e in 13ª giornata non si sentiva più attraverso le pareti del ventre.

Laonde lungi dall'esagerate conclusioni dell'Apostoli (1) che afferma preservare l'elettricità da tutte le forme morbose che seguono il parto, sono d' avviso che esso favorendo la sollecita involuzione degli organi genitali, purchè unita ad una rigorosa antisepsi, meriti posto onorevole fra i mezzi profilattici del puerperio. Che poi fra gli effetti benefici della corrente applicata al parto, debbasi annoverare quello di mitigare i dolori, non è apparso dalle mie osservazioni; anzi il fatto dell'aumento del dolore quando la corrente fu mantenuta applicata non solo nelle pause, ma anche durante le contrazioni, dimostrerebbe il contrario.

Perchè poi l'ostetrico, persuaso della capacità dell'elettrico a contrar l'utero possa trarne il maggior frutto possibile, è necessario conosca il miglior modo d'applicarlo.

Radford proponeva d'applicare un polo sulla parete addominale, l' altro in vagina, Mackenzie il polo positivo alla nuca il negativo al muso di tinca, Tripier ambedue alla regione lombare, Murray un polo alla regione sacrale e l'altro alle pareti addominali.

---

(1) Charpentier. *Traité pratique des Accouchements.* T. II, pag. 15, 1885.

Questi modi sebbene abbiano tutti maggiore o minore capacità di raggiungere lo scopo, pure non vanno scevri da inconvenienti. L'introduzione d'un reoforo in vagina, oltrechè incomodo per la donna e poco conforme alle precauzioni antisettiche, può essere dannosa al feto, inquantochè trattandosi ordinariamente di presentazione di vertice, la corrente passerebbe eziandio attraverso il cervello del feto. Ad altri incomodi va pure incontro l'applicazione d'un solo o d'entrambi i reofori sulla colonna cervicale o lombare come sarebbero la necessità di collocare la donna di fianco, ecc. Il miglior partito quindi è quello di porre gli eccitatori sulle pareti addominali e precisamente ai lati dell' utero, avendo riguardo di non comprendere fra essi la testa fetale, giacchè oltre all'eccitare gl'inconvenienti suaccennati, appare più ragionevole e più efficace.

Infatti le contrazioni sono indipendenti dal sistema nervoso cerebro spinale come clinicamente è dimostrato dai parti normalissimi accompagnati da valide doglie in donne affette da paralisi agli arti inferiori, al retto ed alla vescica (Goltz, Kabiershe e Rein), e sperimentalmente dagli studi del Dembo (1) compiuti in parte nel laboratorio di patologia della facoltà medica di Parigi in parte nei macelli su diversi mammiferi morti o per veleno o per ferita del midollo allungato o per dissanguamento, con risultato tanto evidente, che, esportato l'utero, purchè conservato nello siero del sangue o in soluzione di cloruro di sodio, due ore dopo il suo allontanamento dall'animale, eccitato, reagiva contraendosi. Dal che il Dembo stesso dedusse dover esistere nell'utero o nelle sue adiacenze veri gangli nervosi, analoghi a quelle delle carni del cuore; ed infatti dopo molte ricerche potè col metodo del Ranvier scoprire i ganglii in questione nella parete anteriore e superiore della vagina ed anche nello strato sotto-peritoneale della parte superiore di essa: d' essi sono molto numerosi e formano gruppi di oltre cento cellule.

Per ciò che s' attiene alla scelta dell' apparecchio, dirò solo che nelle mie osservazioni ebbi ad usare quasi sempre quello a corrente continua e solo due volte quello a corrente interrotta; il primo a risultato sempre favorevole, il secondo con una lieve inferiorità nell'intensità delle contrazioni. Quindi quantunque tutti due possano avere buona riuscita, pure credo preferibile la corrente continua, anche perchè non apporta nessuna molestia alla donna.

Dalle mie osservazioni appare inoltre che l'intervallo tra l'applicazione della corrente e l'insorgere delle contrazioni è in media da una a due minuti primi; che usandola durante le pause si ottengono contrazioni aventi il tipo-fisiologico vale a dire un periodo progressivamente ascendente, un massimo di stato, seguito da un periodo gradatamente discendente e della durata media delle con-

(1) *Compte rendu de la Soc. de biologie*, 1883, Jan. 6. Paris.

trazioni spontanee normali; mentre conservando applicata la corrente anche durante le contrazioni, queste hanno periodi ascendenti e discendenti più brevi ma con acme soverchiamente più lungo, durando 2, 3 e persino 4 minuti primi, e per la donna sono molto più dolorose. Quindi per non stancare soverchiamente l'utero è d'uopo protrarre l' applicazione della corrente verso il fine delle pause e per evitare il pericolo d'asfissia del feto e risparmiare sofferenze eccessive alla donna, sospenderla durante la doglia.

Giunto al termine di questo mio qualsiasi lavoro, sento il bisogno di dichiarare che con esso non ho inteso proporre un mezzo ocitocico al tutto nuovo, ma solo di sostenerne i vantaggi, ribatterne nel miglior modo possibile gli argomenti in contrario, e contribuire così alla sua applicazione, la quale, mentre è diffusa in Inghilterra, è quasi affatto sbandita nelle altre parti d'Europa e specialmente in Italia.

OSSERVAZIONI

DI

ECLAMPSIA PUERPERALE SEGUITA DA GUARIGIONE

NOTA CLINICA

del Dott. G. CORDELLA

Sommario. — Cenno di alcuni casi di eclampsia osservati in precedenza. — Ripetuti accessi eclampsici in primipara ottimestre. — Interruzione artificiale della gravidanza metodo Scheel. — Andamento del puerperio. — Giustificazione della diagnosi. — Spiegazione dei fenomeni osservati. — Utilità che si può trarre da rigorosa cura locale antisettica.

Fra tutte le affezioni nervose a forma convulsiva, che possono colpire la donna nello stato di gravidanza, nel momento del parto, nel puerperio, non vi ha dubbio che la più grave è quella che si designa col nome di eclampsia. Ciò è provato dal fatto che la morte è uno dei suoi più ordinari esiti, e quando poi questa non avviene direttamente, quella malattia può dare luogo alla determinazione di altrettante grave forme morbose, quali sarebbero ad es. la febbre puerperale, la follia puerperale, sconcerti dell'intelligenza, cecità più o meno completa e più o meno duratura, l'apoplessia, l'emiplegia, la meningite o meningo-encefalite, ecc. — La guarigione è cosa abbastanza rara.

Quanto alla sua frequenza vediamo come Pajot notò un caso sopra 350 parti, come le statistiche date dalla signora Lachapelle, Marriman, Pacond, ecc., darebbero un caso sopra 250. La pratica dei primari ostetrici inglesi darebbe circa un caso sopra 485 parti. Schröeder ne conta circa un caso sopra 500 parti, e su 316 casi di eclampsia che raccolse onde rilevare in quale momento si fosse manifestata la trovò 62 volte nella gravidanza, 190 volte durante il parto e 64 volte nel puerperio. Cazeaux narra come essendo interno all'Hôtel-Dieu non ne osservò che 3 casi sopra 2000 parti, mentre poi ne vide 7 casi in soli 4 mesi di uno stesso anno. Quest'ultimo fatto con evidenza dimostra come l'occorrere di

questa forma morbosa con più o meno frequenza presenti non poche varietà nella pratica d'ogni singolo ostetrico. Al certo più casi conterà quel pratico che a parità di altre condizioni, come forte distensione dell' utero per idramnios o gravidanza multipla, ecc., si trovò ad esercitare in siti ove non rare siano le viziature pelviche prodotte o da rachitismo o da altre cause. Perocchè in queste circostanze o per sola strettezza pelvica, o per questa e diminuzione di statura unite insieme, l'utero inceppato nel suo ulteriore sviluppo già di buon'ora ostacola il normale compiersi della circolazione venosa, che condurrà in seguito all'albuminuria e da questa assai spesso all'eclampsia. Onde a me pare che stabilire la sua più o meno frequenza, basandosi sulla pratica d' un solo ostetrico non debba condurre a giusti risultati. V' ha infatti chi la ritiene accidente non raro (Schröeder), chi una malattia abbastanza rara (Cazeaux).

Trovandomi nell'anno testè decorso nell'Istituto ostetrico Fiorentino, potei osservare dagli ultimi di febbraio all'agosto un numero di cinque o sei ammalate incorse in tale affezione e di tre delle quali ho preso memoria nelle mie note.

Piacemi intanto darne un qualche cenno.

La prima osservazione rimonta al 27 febbraio 1885 in cui l' eclampsia insorse durante il parto. Ne riporto sommariamente la storia perchè presenta qualche cosa di interessante.

Osservazione I. — Riguarda una Ipara ben conformata, a termine di gravidanza, in travaglio di parto. Alle 4 ant. del 27 febbraio 1885, quando la testa fetale era già assai impegnata nello scavo, si dovette estrarre col forcipe per ripetuti accessi di eclampsia. Le orine esaminate prima e dopo dello sgravo erano fortemente albuminuriche. Le pareti addominali erano liscie, senza nessuna smagliatura; nè apparivano dopo il parto rilasciate come osservasi normalmente. Dalle 4 ant. alle 11 ant. ebbe 14 accessi che andarono sempre scemando di intensità. Malgrado però la sollecita terminazione del parto col forcipe, sebbene non si avesse una vera sicurtà di por termine all' eclampsia, pure qualche cosa di proficuo speravasi ottenere. La donna si sentì alquanto sollevata nelle primissime ore del puerperio, dacchè gli accessi si ripeterono con pochissima intensità, non lasciando uno stato comatoso assai pronunciato; ma nella notte si andarono facendo più lunghi ed intensi lasciando un vero stato di coma con dispnea e cianosi del volto. Onde non stare inattivi dinanzi un fatto che dall' insieme era da giudicarsi assai grave si praticò un salasso al braccio. Dietro ciò l' inferma dette segno di sensibile alleviamento, ma dopo poco ricadde nel primitivo stato di coma e morì alle 2 pom. del 28. Due fatti notevoli presentò questa donna: assenza completa di edema. Le urine dal parto al momento della morte scarsissime, quasi mancanti. Non ho il reperto anatomico.

Osservazione II. — Eclampsia in puerperio. Ha la data del 25 maggio, giorno in cui fu condotta in Clinica una Ipara che solo da due ore era entrata in puerperio e che avea avuto in questo tempo degli accessi convulsivi. La donna è rachitica. Raccolte le urine si trovano fortemente albuminuriche. Durante la prima giornata del suo ingresso in Clinica ebbe sette od otto accessi, durante i quali fu fatta la cloronarcosi. Si dettero purganti sotto forma di elixir Leroy, più cloralio, morfina per iniezione ipodermica. Dopo gli accessi la donna cadde in uno stato comatoso. Nel 26 continuano gli accessi, il polso diventa piccolo, filiforme, depressibile e nella notte muore. L'autopsia dimostrò una nefrite inoltrata.

Osservazione III. — Il 20 luglio alla mezzanotte fu condotta da un paese vicino una Ipara in preda a degli accessi di eclampsia. — Di questi accessi al momento dell'entrata in Clinica ne avea avuti circa 30. Posta nel letto si cloroformizzò. Le orine erano molto albuminose. Il collo era quasi scomparso, dilatabile. Interruzione della gravidanza colla puntura delle membrane. Alle 4,45 ant. la testa fetale era già al piano perineale. Applicazione del forcipe Denman. Il feto nacque morto. — Il dì 21 la donna era in uno stato comatoso e avea febbre. Nel 22 l'ammalata ha migliorato di molto. L'albumina è pochissima. Il 23 e 24 luglio stette bene. Il 25 in 5ª giornata cioè di puerperio insorge di nuovo un accesso, ed a questo ne seguirono nove in tutta la giornata. — Nella notte avea proprio acquistato una forma di manìa puerperale. Albumina cresciuta nelle urine. Si dà un altro purgante del Leroy. Il 26 altri accessi. Il 27 è tranquilla, e l'albumina andò scomparendo. Il 1° agosto uscì guarita. Si dette del latte ogni giorno e una pozione con 2 gr. di cloralio.

Osservazione IV. — Un'altra osservazione feci a Firenze nella Clinica privata, assieme al gentilissimo mio amico il Dott. Giulio Kirch, medico assistente nell'Istituto ostetrico Fiorentino. Ha la data del 27 luglio. Riguarda una Ipara di 35 anni a termine di gravidanza, ed in cui già da molte ore erano incominciati i dolori del parto ed era stata presa da ripetuti accessi convulsivi. — All'esame le urine furono riscontrate albuminuriche. La donna fu liberata col forcipe Naegele. Il feto di sesso femminile fortemente asfittico fu rianimato. La donna guarì.

Osservazione V. — L'osservazione che segue riguarda un caso di eclampsia in corso di gravidanza seguita da guarigione.

Quindi non considerando tutti i casi da me osservati, ma solo tenendo conto di quelli di cui ho preso memoria, riunendoli in un prospettino si possono così ripartire:

Osservazioni di eclampsia.

Momento in cui incorsero	Num.	Primi-pare	Pluri-pare	Quantità d'albumina	Modi di intervento	Guarite	Morte
Durante la gravidanza.....	2	2	—	considerevole	interr. art. della gravid.	2	—
Durante il parto	2	2	—	»	applicaz. di forc.	1	1
Durante il puerperio	1	1	—	»	—	—	1

Totale casi N. 5, di cui 3 seguiti da guarigione, 2 da morte.

Ben di leggieri si può rilevare che essi rappresentano un numero discreto relativamente al breve periodo di tempo in cui furono osservati. — Specie le Osservazioni I, II, III che riguardano quelle fatte nell' Istituto ostetrico Fiorentino, le quali certamente sarebbero state molto più numerose se il Direttore del detto Istituto, il Prof. Chiara, in molti casi di albuminuria non fosse intervenuto coll' interrompere artificialmente la gravidanza. Perocchè codesto clinico si allontana da coloro i quali solo dell'eclampsia si preoccupano e che in certo modo rimangono paghi quando col cloroformio abbiano fatto cessare gli accessi eclampsici. — È suo convincimento che l' albuminuria debba curarsi specialmente e principalmente per sè stessa, non chè poi per gli altri fenomeni a cui può dar luogo, come eclampsia, dispnea uremica, vomito incoercibile, profuse diarree, stato grave di anemia, mortificazione di grambi lembi di tessuto, ecc., ecc. Già infatti da or son dieci anni fa, primo in Italia interrompeva la gravidanza per « albuminuria grave » e questo modo di comportarsi giustifica e raccomanda al pratico in una sua nota al Trattato di Ostetricia Cazeaux e Tarnier.

E in una lezione Clinica del corso scolastico 1884-85, il suddetto Professore a proposito di tale argomento così si espresse: « Nel corso di questo tempo ebbi sempre ricorso alla interruzione della gravidanza e la interromperò anche in casi non gravi, perchè la scuola dei fatti m' ha addimostrato che l' albumina una volta conosciuta, progredisce sempre aumentando in quantità. »

Premesse queste poche cose, eccomi ad esporre dettagliatamente il fatto

clinico che dette occasione alla presente nota. Fatto clinico che parmi non privo di interesse sia per le complicanze che l'accompagnarono e pel buon esito che sortì, sia anche perchè parmi una prova della natura uremica dell'eclampsia.

Alle 10 ant. del 2 novembre passato anno veniva il Prof. Simula richiesto d'urgenza a recarsi presso una donna incinta che trovavasi fin dalle prime ore del mattino in preda a degli accessi convulsivi. Mercè la gentilezza del sullodato professore ne fui tosto anch' io avvisato e insieme vi giungemmo a 10 ore e mezza ant. Al nostro arrivo trovammo la paziente in uno stato comatoso, dal quale non ci fu possibile trarla nè con scuotimenti, nè con ripetute interrogazioni rimaste senza risposta.

Aveva il volto bluastro e livido, la respirazione stertorosa, il collo gonfio, le giugulari ingrossate, pulsanti le carotidi, le mascelle serrate e fortemente contratte: la bocca piena di schiuma, il polso un po' frequente, forte però ed ampio.

È donna piuttosto alta e ben conformata. Ha leggermente subtumide le palpebre. Le mammelle tese arrotondate. Colorazione intensa dell'areola primitiva e secondaria, che è assai diffusa. Marcatissimi i tubercoli di Montgomery. Capezzoli ben conformati. Le pareti del ventre sono assai tese, solo qualche rara smagliatura recente esiste verso le fosse iliache. La cicatrice ombelicale è pianeggiante, colorata la linea medio-addominale. L'epigastrio resistente non deprimibile. Il fondo uterino, per quanto si poteva constatare, era inclinato a destra leggermente ed elevantesi cinque o sei dita trasverse al disopra del bellico. Alla palpazione, non tanto facile ad eseguirsi per la tensione delle pareti, si rileva il feto in presentazione del vertice. Il doppio battito cardiaco si sente assai distinto nel quadrante inferiore di sinistra. Non si odono altri rumori.

Edema notevole delle estremità inferiori. Le grandi labbra sono fortemente edematose e la destra più della sinistra. All'esplorazione vaginale si osservano ancora i resti dell'imene lacerato, e l'ostio vulvo-vaginale stretto. Tutto il canale vaginale è caldo, con pochissime rughe, perchè pare anch'esso infiltrato di sierosità, stretto, poco cedevole. Segmento inferiore uterino rammollito ed espanso. Il collo fusiforme è portato in alto ed a sinistra ed è quasi tutto rammollito. L'orifizio esterno chiuso lascia però forzandolo penetrare il dito esploratore. Orifizio interno un po' aperto. Membrane integre. Attraverso il segmento inferiore dell'utero si sente un corpo solido, resistente, liscio, convesso, avente insomma tutti i caratteri della testa fetale che è appena fissa sullo stretto superiore. Non si raggiunge il promontorio.

Eseguito rapidamente questo esame fisico ebbimo dalla madre dell'inferma le seguenti notizie anamnestiche.

Ha per nome Manc. Grazietta, d'anni 21, sarta da uomo. Ipara, coniugata.

Fu mestruata all'età di 16 anni e tale funzione si mantenne in seguito normale sotto ogni rapporto.

Nulla di ereditario. La madre, il padre ed altre due sorelle godono eccellente salute. Non soffrì mai malattia di rilievo.

Vitto un po' scarso, però composto di cibi sani. Passata a marito in età di 20 anni fu tosto incinta e crede l'ultima mestruazione essere venuta nel marzo del 1885. Nei primi tre mesi di gestazione soffrì lievi fenomeni simpatici rappresentati da sensi di nausea e vomiti. Causa lo stato di povertà, costretta a vivere del suo lavoro quotidiano, era obbligata a cucire con una robusta macchina a pedali, e ciò non solo durante il giorno, ma anche per una buona parte della notte, e così la durò fino a che il gonfiore delle grandi labbra resosi forte non ne la impedisce.

Pertanto già verso il 15 ottobre s'era accorta che la faccia dorsale dei piedi ed i malleoli erano gonfi, ma non vi pose gran caso, e, come già dissi, continuò nelle sue occupazioni alla macchina. Il gonfiore edematoso intanto progressivamente andava invadendo gli arti inferiori , ed era giunto alle grandi labbra. — Consultata la levatrice rispose trattarsi null'altro che di effetto di gravidanza, ma che nulla vi era a temere. L'ammalata rassicurata dai detti della levatrice, non si prese cura di chiedere il parere d'un medico, tanto più che solo l'edema delle grandi labbra le dava un po' di bruciore. Ma nei giorni 29, 30 e 31 ottobre, accusò dei dolori lombari e notò che il viso, specie le palpebre, andavano ingrossandosi.

Il 1° novembre fu costretta tenere il letto, perocchè oltre l'edema degli arti inferiori e grandi labbra, diventata ormai abbastanza rimarchevole da impossibitarla al cammino, accusava un certo senso di stanchezza, malessere generale, incapacità ed inattitudine al lavoro, anoressia e tormentosa cefalalgia. Tutto questo giorno era rimasta agitata nè nella notte aveva potuto conciliare il sonno.

Verso 1 ora e 1/2 ant. del 2 novembre accusò alla sorella, che dormiva con lei nello stesso letto, essere la cefalalgia giunta ad un punto da rendersi assolutamente insopportabile, ed in questo mentre veniva presa di botto da un attacco convulsivo.

A questo primo accesso, che durò parecchi minuti, altri ne seguirono a breve intervallo di tempo. L'ammalata più non rispondeva alle interrogazioni dei parenti che le stavano d'intorno, stati tosto chiamati; cadeva dopo gli attacchi nervosi in uno stato soporoso. Solo verso le 10 ant. si ricorse all'aiuto dell'arte, e noi vi giungemmo mezz'ora dopo trovando l'inferma nello stato sopra accennato.

Le urine erano mancate fin dal giorno innanzi. Lo stesso dicasi delle feci.

Fatto il cateterismo estraemmo circa 80 gr. di urine color giallastro torbide, che esaminate trovammo contenere una considerevole quantità di albumina, che dopo la coagulazione si rapprendeva sotto forma di fiocchi compatti. Noi presenti si ripetè un forte accesso completo di eclampsia che durò tre minuti primi.

Ponemmo la diagnosi seguente:

Eclampsia grave in donna primipara ben conformata, fortemente albuminurica, giunta alla fine dell'ottavo mese di una gravidanza endouterina semplice, con feto vivo in presentazione del vertice pos. in O. I. S. A.

Abbandonare questa donna, la cui esistenza era pericolante da un istante all'altro, a semplice cura palliativa, sarebbe stato caso d'irriprovevole inazione. Lo stato era gravissimo. Il pericolo di morte poteva rendersi imminente nell'acme d'un accesso per edema polmonare o per apoplessia. In modo evidente e preciso urgeva solleciti intervenire. Allontanare cioè dovevamo i funesti esiti dell'uremia e modificare l'inceppato circolo renale, vuotando l'utero dal suo contenuto il più presto che fosse possibile senza punto preoccuparci della sorte del feto di già esposto a serii pericoli pel solo fatto delle convulsioni.

Decisa quindi di comune accordo l'interruzione della gravidanza come unica e sola probabile àncora di salvezza; fatta consapevole di ciò la famiglia e da questa avutane piena libertà d'agire; si pensò intervenire immediatamente. — Prima cosa fu la disinfezione della vagina mediante un'irrigazione di 4 litri di una soluzione tiepida di deutocloruro di mercurio al 1/2 $^0/_{00}$.

Per ragioni facili a pensare preferimmo fra i diversi mezzi che si hanno ad interrompere la gravidanza, quello conosciuto col nome di metodo Scheel o puntura del sacco, locchè cercammo prima ottenere mediante l'introduzione nell'utero di una siringa elastica munita di stiletto, stata previamente disinfettata in una soluzione fenica al 10 $^0/_{00}$. Non essendo però con ciò riusciti, adoperammo una comune sonda uterina stata passata prima nella fiamma d'una lampada ad alcool e quindi tenuta un poco a bagno nella soluzione fenica al 10 $^0/_{00}$. Con questa riuscimmo: colò circa un 500 grm. di liquido amniotico. Tutta questa operazione era stata resa difficile dal tumore esterno fatto dalle grandi labbra, che in certo modo impediva l'introduzione della mano in modo di arrivare coll'indice fino al collo.

Per accelerare le contrazioni uterine introducemmo per la già praticata apertura del sacco la sonda elastica in cavità, ne togliemmo lo stiletto e la lasciammo a permanenza in sito; ripiegandone indentro ad ansa la porzione vaginale onde impedire l'entrata dell'aria nell'utero. Quindi si rifece una irrigazione prolungata d'una soluzione di mercurio 1/2 $^0/_{000}$.

Ripetendosi gli accessi si cloroformizzò la donna ed in mancanza di ghiaccio

si ordinò ripetuti bagnoli d'acqua fredda al capo. Ad impedire una possibilissima glossite per morsicature, si ordinò alla levatrice di porre all'inferma, nel momento degli accessi, stretta fra le arcate dentarie il manico d'un cucchiaio da tavola avvolto con un fazzoletto, respingendo nella cavità boccale la lingua se per caso questa minacciasse rimanere serrata fra i denti. Allo stesso tempo ordinossi somministrare cloroformio nel momento degli accessi e ci allontanammo

Dalle ore 1 1/2 ant. alle 11 ant. accessi n. 10.

Alle ore	12 ant.	11°	accesso	durato	circa	2 m. p.
»	12 1/2 ant.	12°	»	»	»	50 m. s.
»	1 1/2 pom.	13°	»	»	»	50 m. s.
»	3 pom.	14°	»	»	»	47 m. s.
»	5 pom.	15°	»	»	»	40 m. s.
»	5 40 pom.	16°	»	»	»	40 m. s.
»	6 1/2 pom.	17°	»	»	»	35 m. s.
»	8 20 pom.	18°	»	»	»	1 m. p.

Alle 3 pom. si fece una iniezione ipodermica di 2 centigr. di idroclorato di morfina.

All'accesso delle 8 20 pom. si trova presente la sola levatrice. Contemporaneamente si effettua il parto, non così presto da noi aspettato, tantochè eravamo decisi liberare artificialmente la donna o col rivolgimento o con una applicazione di forcipe non appena vi fosse stato il permittente. — Il feto di sesso femminile era nato fortemente asfittico nè si era potuto rianimare. Dopo sette minuti vennero espulsi gli annessi fetali integri. Noi giungemmo in questo momento del secondamento.

Irrigazione endouterina tiepida (circa 3 litri), con soluzione di deutocloruro di mercurio 1/2 $^0/_{000}$. L'utero è ben contratto.

Praticando un'ispezione locale si osservano vaste lacerazioni profonde non perforanti nella vagina comprendenti a un dipresso tutto il terzo inferiore di essa ed estendentesi ancora verso la parte media in parecchi punti della parete posteriore. Superficialissime lacerazioni del bulbo, e queste fortunatamente non seguite da quelle emorragie talvolta notevoli che anche in tali condizioni di superficialità sogliono accadere (1).

---

(1) Nell'Istituto ostetrico Ginecologico Fiorentino osservai un caso di lacerazione di tal genere con forte emorragia per rottura d'arteria, ove si dovette ricorrere alla sutura ed al percloruro di ferro.

Forchetta integra. Lacerazioni alla superficie interna dei due gran labbri. Il feto pesava 2300 grm., gli annessi grm. 400.

Alle ore 10 pom. 19° accesso durato circa 30 m. s.
» 12 pom. 20° » » » 30 m. s.

Andamento del puerperio.

Novembre 3. Giornata 1ª — 7 1/2 ant. T. 37, P. 88, R. 24. — L'inferma non ha più avuto nessun accesso. È però in uno stato comatoso dal quale solo si toglie chiamandola per nome e ad alta voce. Locchii sanguinolenti. Edema sempre notevole nei punti già osservati. Urine scarsissime. Ad ottenere un'intensa derivazione intestinale si prescrive un forte purgante, ed in mancanza dell'elixir Leroy si danno olio di ricino grm. 40, coll'aggiunta di 2 goccie di olio di croton, che solo in parte si riuscì a fargli trangugiare.

Verso le 3 pom. T. 37,5, P. 88, R. 24. — Emette spontaneamente una quantità pressochè di 200 c.c. di urina ricca di albumina. Borbotta continuamente e nulla si riesce ad intendere di ciò che dice. Altro purgante identico al precedente che quantunque a forza in quantità viene tranguggiato. Chiamata ad alta voce apre gli occhi, porta le mani al capo e fa come per grattarsi.

Ore 7 1/2 pom. T. 37.9. — Ha ottenuto il beneficio di sette forti scariche di materie poltacee nel principio, sierose in seguito. Provando a farle ingoiare del latte vi si oppone e piange. Bagnoli d'acqua fredda per tutta la giornata al capo. Quattro lavature vaginali di bicloruro di mercurio 1/2 °/₀₀.

Novembre 4. Giornata 2ª — 7 1/2 ant. T. 38.9, P. 114. — Notte antecedente un poco tranquilla. Si lamenta di forte mal di capo che durò poi per tutta la giornata, per cui si ordinano i continui bagnoli d'acqua fredda. Si lagna di dolori alle grandi labbra che sono tuttora fortemente edematose, ed alla vulva. Questa è tumida come pure è tale l'estremità inferiore della vagina, ed entrambe hanno un colorito pavonazzo. Nella giornata le urine pur venendo spontanee si mantengono scarse, circa 350 c. c., e cariche di albumina. Consuma un litro e mezzo di latte nella giornata. Quattro irrigazioni vaginali con la solita soluzione di mercurio al 1/2 °/₀₀₀.

Novembre 5. Giornata 3ª — 7 1/2 ant. T. 39,2. — È stata un po' inquieta durante la notte e ha continuamente borbottato. Ancora dolore al capo e bruciore alle grandi labbra. La lingua è ricoperta da denso intonaco biancastro. I lochii sono d'aspetto sanioso e puzzano. Il fondo uterino arriva a circa due

dita trasverse al disotto del bellico. Vista la temperatura così elevata, ritenendo doversi attribuire all'assorbimento dei prodotti di decomposizione della porzione di tessuto vaginale necrosato, quantunque le irrigazioni si facessero generose e quattro volte al dì, si pensò aggiungere a questa medicatura la seguente, cioè: cospersione della parte lesa con iodoformio sottilmente polverato, ogni volta che si faceva la lavatura.

Si diè ancora ordine alla sorella dell'inferma, che l'assisteva, di rinnovare, dopo aversi lavate le mani in una soluzione fenica, ogni mezz'ora del cotone fenico stato previamente imbevuto nel deutoclcruro, soluzione 1/2 $^{0}/_{000}$, e applicato contro i genitali.

L'ammalata si lamenta di questa medicazione per un senso di bruciore che le produce nella località.

9 pom. T. 38.8, P. 96, R. 24. — La quantità giornaliera dell'urina è notevolmente cresciuta circa 600 cmc., sono chiare e di colore giallo citrino. Albumina discretamente diminuita. Dieta lattea. Ebbe due scariche alvine.

Novembre 6. Giornata IV. — 7 1/2 ant. T. 38, P. 88, R. 28. — La notte precedente ha sudato molto ed ha riposato. Nessun brivido. La lingua è pochissimo sporca. Ha leggero mal di capo. L'edema degli arti va sempre più scomparendo, così pure quello delle grandi labbra che non sono più tese ma flosce. Durante la medicazione si fa coll'intermezzo d'un cuscinetto di cotone fenico un po' di pressione su di esse, ottenendone evidente diminuzione di volume. Divaricando queste, coprenti per l'edema la vulva, al di là dell'ostio vaginale notasi la parte inferiore del canale di questo nome in preda ad un processo cangrenoso. La superficie ne è irregolare per pezzetti di mucosa distaccantisi. Il colorito è vario: alcuni punti si mostrano grigiastri, altri di colore rosso vinoso. Col liquido dell'irrigazione vengono portati fuori pezzetti di tessuto già distaccatisi.

11 ant. T. 38; ore 4 1/2 pom. T. 38,6; 6 pom. T. 38,5. — Si continua sempre in modo identico al giorno precedente nella cura medica e chirurgica, cioè a dire dieta lattea e medicazione all'iodoformio.

La quantità giornaliera delle urine sono notevolmente cresciute, circa 1500 cmc., sono chiare, color citrino, contengono albumina in leggerissima quantità.

Novembre 7. Giornata V. — ore 7 1/2 ant. T. 37,8, P. 108. — Notte precedente passata tranquillamente. Pelle leggermente umida. Stato generale soddisfacente e prova discreto senso di benessere. Lochii abbondanti siero-sanguinolenti, inodori. Continua detersione della ferita con caduta ed uscita di pezzi

cangrenosi mediante le irrigazioni vaginali. Col cateterismo si raccoglie un bicchiere comune di urine, leggermente torbide dalla presenza di fiocchi mucosi. L'albumina è cresciuta.

6 pom. T. 38, P. 108. — Nella sera accusa un po' di cefalea e si lamenta di dolore alla lingua. Le gengive appaiono ingrossate e rilevate dai denti, ed aventi in qualche punto all'esterno qualche piccola di patina bianca.

Si continua sempre nella solita medicazione. Ebbe in giornata due defecazioni di feci solide e due di materie poltacee. Dieta lattea (circa 2 litri al dì). Quantità delle orine circa 1600 cmc.

Novembre 8. Giornata VI. — 7 1/2 T. 37,2, P. 100. — Ha un leggerissimo grado di cefalea. La lingua è molto patinosa e si lamenta di sapore cattivo alla bocca. Gengive fortemente ingrossate; stomatite mercuriale confermata. Havvi un po' di tensione mammaria, però colla pressione dai capezzoli fuoriesce solo un po' di liquido sieroso.

Si sospende dalla medicatura dei giorni antecedenti; solo si fanno 4 irrigazioni al dì di soluzione fenica al 2 $^0/_{00}$.

Continua l'uscita di qualche brandello di tessuto necrosato.

Ad 1 cent. dalla forchetta e dietro di esso notasi un punto a fondo giallo sporco che si cauterizza con soluzione fenica al 5 $^0/_0$. Così si fa per due placche difteroidee esistenti nella superficie interna delle due grandi labbra. Collutorio di clorato di potassa.

Di contro ai genitali si pone solo un po' di cotone fenico che pur si cambia ogni mezz'ora.

Verso le 10 ant. ebbe brivido di freddo che però durò pochissimo.

12 ant. T. 39; 7 pom. T. 39,5. — Dieta lattea. Quantità media giornaliera delle urine cmc. circa 1800, chiare, albuminose.

Novembre 9. Giornata VII. — 7 1/2 ant. T. 39. — L'addome è leggermente meteorico ed un po' sensibile alla palpazione specie nella fossa iliaca di destra. Persiste la stomatite mercuriale. L'alito è assai fetido. La superficie di impiagamento nella parete posteriore della vagina ha un aspetto grigiastro. Si cauterizza perciò con soluzione fenica al 5 $^0/_{00}$. Si continua colle lavature di acqua calda fenicata al 2 $^0/_{00}$. Si prescrive 1 gr. di solfato di chinino in quattro cartine.

Verso la una pom. l'ammalata accusa fortissima cefalea ed è impaziente; ha qualche brivido di freddo, sente forte una sensazione di sete. Chiamato in questo momento trovo la temp. oscillare a 40,6, polso filiforme, celere 132. — Sospendo la somministrazione delle due rimanenti cartine di chinino e do su-

bito 1 gr. di antipirina e quindi 50 ctgr. alle 2 pom., ed altri 50 ctgr. alle 3 p. Irrigazione vaginale con soluzione d'acido fenico al 4 °/oo.

Ore 4 pom. T. 39,6, P. 120. — Poca cefalea, pelle umida, irrigazione vaginale all'acido fenico 4 °/oo e si torna all'applicazione locale dell'iodoformio. Altri 2 gr. di antipirina, di cui uno si dà subito e l'altro in due volte, uno alle 6 1/2 pom., l'altra alle 7 1/2 pom.

Adunque nella sera si tornò alla medicazione stata usata nei giorni precedenti sostituendo solo al sublimato corrosivo la soluzione d'acido fenico. Solita dieta lattea. Quantità urine circa 1500 cmc. nella giornata con albumina diminuita. Ebbe una defecazione.

Novembre 10. Giornata VIII. — 7 1/2 ant. T. 38,8. — Ha avuto nella notte qualche brivido. La piaga è pulita. — Ricompaiono in leggera quantità i lochii che si erano nel giorno antecedente soppressi ed hanno un colorito giallastro. Il ventre è leggermente arcuato, timpanico, sensibile alla palpazione nell'ipogastrio.

Il fondo uterino arriva a circa 4 dita sopra il pube. La gengivite persiste. Si ordina un grammo di bisolfato di chinina in 4 cartine una ogni ora.

Sera 8 pom. T. 38,6. — Nulla di nuovo. Si mantiene la medicatura all'iodoformio, insomma come quella usata nella sera antecedente. Quantità media delle urine circa 1600 cmc. Quantità d'albumina immutata. Nessuna defecazione. Dieta lattea.

L'edema degli arti è diminuito di molto. Persiste ancora alle grandi labbra, di cui quello di destra ha la grossezza d'un grosso uovo d'oca e quello di sinistra come un uovo di colombo. Sono entrambe floscie e cascanti.

Novembre 11. Giornata IX. — 7 1/2 ant. T. 38,3. — Nella notte ebbe forte dolore a tutto l'ipogastrio. Verso le 4 ant. ebbe una defecazione ed emise un lombricoide, da allora, dice l'inferma, andò il dolore scemando. Il ventre, sebbene arcuato e timpanico, è più trattabile di ieri. — L'aspetto della ferita è buono.

6 pom. T. 38,2. — Accusa qualche dolore ai lombi. Persiste la gengivite. Quantità orine 1500 cmc. — L'albumina è diminuita. Dieta lattea. Medicatura solita.

Novembre 12. Giornata X. — 7 1/2 ant. T. 37,4. — Ha dormito nella notte e leggermente sudato. Il ventre è meno teso, è ancora più trattabile di ieri. Alla palpazione si suscita dolore alla fossa iliaca di destra. Il fondo uterino non si trova più. Piaga vaginale di aspetto roseo, pulita. Si ordinano 20 gr. di olio di ricino che dà il benefizio di tre scariche.

6 pom. T. 38. — Lamentasi di un dolore all'uretra assai forte, perciò si fa una iniezione ipodermica di 1 ctg. di idroclorato di morfina verso le 9 pom. Continuasi nella stessa medicazione. Quantità orine 1300 cmc. Dieta lattea.

Novembre 13. Giornata XI. — Nella notte riposò alquanto mercè la fatta iniezione. La causa di questo dolore fu attribuita ad un cateterismo fatto nel dì innanzi con una cannula di vetro, poichè insorse dopo poco tempo da questo. Ricompare forte alle 12 mer. e si prescrivono 5 pillole di estratto d'oppio di un centg. l'una.

6 pom. T. 38. — Il dolore è assai diminuito. Niente di nuovo. Le orine nella giornata sono abbondanti e l'albumina è pochissima. L'edema degli arti è quasi scomparso. I grandi labbri di sinistra e di destra non sono più edematosi. Dieta lattea. Cura identica.

Novembre 14. Giornata XII. — 7 1/2 antim. T. 37,4. — Il dolore all'uretra persiste ancora però in leggerissimo grado. Premendo un po' forte si suscita nn po' di dolore nella fossa iliaca destra.

Sera R. 37,8. — Nella giornata ebbe una defecazione. Urine continuano in quantità normale. Quantità di albumina pochissima. Medesima cura. — Alla dieta lattea si aggiunge un po' di arrosto e vino.

Novembre 15. Giornata XIII. — 7 1/2 ant. T. 37,7. — Si lamenta di forte nevralgia sopra orbitale. Ha come stimolo frequente di mingere, prova qualche doloretto nell'urinare. Si danno 60 ctg. di chinino in 2 cartine. La ferita ha un bell'aspetto granuleggiante, però sempre persiste un punto difterico dietro la forchetta, si cauterizza con soluzione fenica al 5 $^0/_{00}$.

Sera 6 pom. T. 38. — Stessa cura. Urine quantità normale. Albumina pochissima. Ebbe 2 defecazioni.

Novembre 16 e 17. Giornata XIV e XV. — Temper. del mattino 37,5, della sera 37,8 in entrambe giornate. Condizioni locali progressivamente migliorate. Stessa cura riducendo le lavature vaginali a due sole al dì. — Il 17 si può dire l'albumina affatto scomparsa.

Dal 18 al 23 novembre la temperatura media si mantenne da 37,3 a 38. — La gengivite era scomparsa. Il dolore e bisogno nel mingere scomparve il 19. La cura fu sempre la stessa nè si abbandonò il latte.

Nel 24 novembre compare del sangue rosso vivo dall'utero, che continna gradatamente scemando fino alla mattina del 28. In questo frattempo si sospende ogni medicatura.

Nella mattina del 28 si lamenta di dolore alla regione cardiaca. Ha meno appetito dei giorni precedenti. Si prescrive del decotto di china.

Novembre 29. Giornata XXVI. — 7 1/2 ant. T. 39,8. Ha passata la notte del 28 molto male causa la febbre assai alta, ed ha avuto qualche brivido. — Cauterizzazione di due ulceri esistenti nella superficie interna dei due gran labbri. Si torna al metodo primo di medicazione con iodoforme, sublimato, ecc. Si danno 2 gr. di antipirina in 4 cartine, una ogni ora.

Alle 12 ant. la temp. è di 37; alle 7 pom. T. 38.

Nei giorni 31 novembre e 1, 2, 3 e 4 dicembre la febbre ha persistito quantunque mite. — Avverte dolore nella fossa iliaca destra. — All'esplorazion vaginale il parametrio corrispondente è dolente. Nel 5 dicembre sentesi alla esplorazione combinata l'essudato formatosi al parametrio di destra. In mancanza di ghiaccio, che se no questo avrei preferito, ordinai cataplasmi caldi di farina di linseme al quadrante inferiore di destra; e tanto per rispondere alle richieste della famiglia di una qualche pomata solvente, prescrissi la seguente pomata iodo-tannica, approfittando del potere che ha il tannino di sciogliere l'iodo. Io credo poco alla efficacia dell'iodo nella cura degli essudati parametrici, ma ad ogni modo certe volte si è costretti dai bisogni professionali prescrivere qualche cosa, ed allora volendo ricorrere ai preparati iodici per schivare l'irritazione data dalle ripetute applicazioni locali di tintura di iodo (a meno che non si voglia questo utilizzare come un rivulsivo), corrisponde bene la seguente formula:

Pr. Tintura di iodo
grammi sei.
Sugna lavata
grammi venti.
Glicerina neutra
grammi diecl.
Jodo puro
Acido tannico
ana-centg. venti.

M. f. pomata.

e che io usai in questo caso per frizioni nel quadrante inferiore di destra sovrapponendovi il cataplasma di linseme. — Contemporaneamente si fecero due irrigazioni vaginali calde e prolungate (4 litri ciascuna) di lisciva in mancanza di acqua di castrocaro. L'essudato andò mano mano scomparendo con questa cura tantochè il 18 dicembre era completamente scomparso. La mano si affondava nella fossa iliaca di destra benissimo come in quella di sinistra, senza suscitare nessunissimo dolore. La febbre cadde nel 7 dicembre nè più comparve. Si costrinse l'ammalata a tenere il letto fino al 27, onde evitare una recidiva tanto frequente in questi casi di parametrite.

La dieta ricostituente stabilita con arsenicali, ferruginosi e chinacei aveano pertanto migliorate le condizioni generali, per cui l'appetito non tardato a comparire si mantenne, e bene. L'11 gennaio ricomparve la mestruazione in quantità piuttosto abbondante che durò fino al 13, il 14 diminuì e scomparve.

Continuò a star bene, ripigliò le sue occupazioni tralasciando però l'uso della macchina. Nelle urine non comparve mai più albumina.

Prima di procedere oltre stimo opportuno giustificare la diagnosi da noi formulata.

Vi fu tempo che l'eclampsia veniva confusa con l'isterismo, l'epilessia, il tetano, la catalessi ed anche con l'apoplessia, ecc., morbosità affatto diverse dalla prima. Questa presenta realmente un quadro fenomenico tanto caratteristico, speciale, che riesce impossibile dimenticarlo visto anche una sola volta; ed oggi così bene studiato nel suo insieme, non è possibile più confonderlo con quello dato da altre forme convulsive, d'onde la diagnosi ponendo accuratezza nello studio dei fatti, non presenta difficoltà (Cazeaux e Tarnier, Schröeder, Prof. Giordano, ecc.). Ed è appunto perciò che noi avendo fissi in mente i casi già osservati potemmo dire a prima giunta trattarsi d'eclamsia. — Era d'altra parte questa diagnosi sorretta da ciò che le conoscenze anamnestiche permettevano escludere tosto quella forma morbosa che più le si rassomiglia, l'epilessia. Nulla avevamo dal lato ereditario, mai l'inferma avea sofferto nessun accesso nervoso prima di questi notati nella storia, e proprii ad un morbo di andamento cronico come l'epilessia; non v'era stata aura epilettica, nessun grido iniziale, ecc., ed infine gli accessi che andavano ripetendosi a così breve intervallo di tempo (cosa che non si verifica nell'epilessia), venivano a darci ragione. Al lato della parola eclampsia ponemmo l'epiteto di grave, poichè il pronostico non poteva essere che sconfortante.

Da una parte stava la quantità e qualità delle orine, mancanti nel giorno precedente allo scoppio del 1° accesso, e trovate scarse in vescica (circa 80 gr.), notevolmente poi cariche di albumina, nonchè poi la storia clinica la quale presupporre facea che la presenza dell'albumina datava già da parecchi giorni, per cui si pensava ad una lesione renale alquanto inoltrata e a notevole alterazione del sangue. D'altra parte congiurava col morbo il suo insorgere in un periodo della gravidanza in cui il collo era ancora chiuso onde il parto si sarebbe effettuato un po' tardivamente e la frequenza e la violenza degli accessi seguiti sempre da coma.

Relativamente poi all'epoca in cui era giunta la gravidanza lo deducemmo dall'esame obiettivo praticato, stantechè dalla data dell'ultima avvenuta mestruazione, fornitaci dalla madre dell'inferma non potevamo contare con esatta precisione.

L'importanza che l'eclampsia tiene nella pratica medica e nel campo scientifico, ci è addimostrata dalla quantità considerevole di lavori che intorno a questo argomento scrissero ragguardevoli clinici e fisiologi. Quantunque però questo punto della pratica ostetrica sia stato oggetto di serii, prolungati e faticosi studi, pur tuttavia è d'uopo confessare che le molte e numerose controversie insorte relativamente alla genesi di questo morbo, fra coloro che discesero quali campioni nella lizza, rimasero e rimangono ancora in gran parte insolute. Volere in questo luogo riunire e passare in rassegna le varie teorie emesse in proposito, confutarle sarebbe cosa abbastanza faticosa, perocchè assai numerosa anche ne è la letteratura; d'altra parte non verrei ad aggiungere cose nuove alle già dette. Questo studio, partendo da questo caso clinico assieme osservato sarà oggetto di un accurato lavoro dell'egregio Cav. Prof. Nicolò Simula, ove ancora verrà fermata l'attenzione sui mezzi di cura che in generale a tale uopo vengono consigliati, specie poi su quelli da noi posti in pratica, e che sono pur quelli seguiti nell'Istituto ostetrico-ginecologico fiorentino.

Ciò nonpertanto, dirò brevemente, come già fin dal principio si intravede, ch'io mi schiero, sulla genesi dell'eclampsia, fra coloro i quali tengono a che l'eclampsia debba riporsi in un vero avvelenamento uremico. Sia cioè una forma di uremia, data da stasi venosa per perturbamento solo funzionale e quindi curabile, quantunque vi siano dei casi incurabili legati ad alterazioni inoltrate dei reni.

E questo modo teorico di vedere pare trovi conferma nelle guarigioni che si ottengono allorchè si interviene in modo da essere guidati nella cura del suesposto principio etiologico.

Jacoud nel suo *Trattato di Patologia Interna*, al capitolo *Uremia* (1) dice: « Le condizioni eziologiche di questo stato secondario (uremia), sono tutte le lesioni che diminuiscono il potere eliminativo dei reni, così la *stasi persistente*, ecc. » ed in seguito soggiunge: « Una lesione molto superficiale, la desquammazione epiteliale della nefrite catarrale, può bastare ad indurre l'insufficienza della depurazione urinaria; da ciò l'uremia che si osserva senza morbo di Bright vero negli scarlattinosi, nelle donne puerpere, ecc. »

Delle osservazioni riportate la 1ª e la 5ª ne offrono un palpitante esempio. Nella 1ª le urine dal parto al momento della morte (10 ore) furono scarsissime, quasi mancanti.

Nella 5ª le urine erano mancanti fin dal giorno innanzi agli accessi eclamsici, e fatto il cateterismo nella mattina del dì in cui questi erano insorti si estrassero solo circa 80 gr. di urina.

---

(1) Jacoud. *Trattato di Patologia Interna* — 1ª versione italiana del Dott. Borelli, pag. 422. Napoli 1874.

Per darci ragione dei fatti morbosi osservati nella donna che forma l'oggetta di questa 5ª osservazione credo non faccia bisogno fermarvisi sopra di molto. Lo stato di primiparità, la liscezza delle pareti addominali presentanti solo qualche rara smagliatura verso le fosse iliache, denota la grande resistenza offerta da queste a lasciarsi distendere. Adunque l'utero necessariamente costretto ad ingrandirsi non poteva spingersi in avanti, quindi si è sviluppato rimanendo diritto e fortemente spinto contro la parete posteriore del ventre, donde continua pressione del circolo venoso. A ciò si aggiunga la posizione seduta tenuta dall'inferma per moltissime ore del giorno, costretta dalla necessità a lavorare con una robusta macchina a pedali (lavoro assai faticoso), e ben di leggieri si comprenderà l'albuminuria da stasi. — Pertanto durante queste cause qualche modificazione nei reni deve essersi prodotta per cui uremia (o da semplice stasi renale o per modificazione dei reni) ed accessi consecutivi di eclampsia.

Dove intendo fermare l'attenzione si è sull'andamento del puerperio, perocchè il modo con cui esso decorse addimostra, insieme a casi già da altri pubblicati, come molte puerpere debbano la loro esistenza ai benefici effetti d'una rigorosa cura antisettica eseguita durante il puerperio.

Ritorniamo perciò per un momento indietro e per un momento esaminiamo il decorso clinico dell'osservazione in parola. Compresi dalla gravezza del caso noi ritenemmo cosa doverosa accorrere in primo luogo coll'interrompere artificialmente la gravidanza. Ciò ebbe luogo alle 11 ant. del 2 novembre. Alle ore 8 20 pom. nel momento d'un accesso avviene precipitoso il parto. Dal nostro intervento non erano scorse che 9 ore e 20 minuti, assai poco invero se si pensa che solo avevamo una leggerissima dilatazione dell'orifizio interno, sebbene anche avessimo lasciato in sito il catetere elastico. Alle 5 pom. la dilatazione era circa di un 3 cm. 1/2, da quest'ora alle 8 20 eransi evitati quattro accessi; è d'uopo quindi dedurre che i dolori del parto eransi fatti potenti a causa della influenza esercitata su di essi dalle convulsioni. E così pensando eravamo noi nel vero? Mentre alcuni vogliono che nell'immensa maggioranza dei casi l'influenza delle convulsioni sia grande nel destare le contrazioni, altri non si mostrano tanto correvoli a ciò accettare.

Schroeder (1) così si esprime: « Per lo più nell'eclampsia i dolori sono potenti, anzi sovente il parto si termina con una rapidità ammirabile. » Cazeaux (2) ritiene all'incontro tale influenza eccessivamente variabile. « Finchè dura l'accesso (egli dice), l'utero resta talvolta inerte e come stupefatto pel disturbo ge-

---

(1) Schroeder. *Trattato di ostetricia.* Trad. ital. Rocca, pag. 681.

(1) Cazeaux e Tarnier. *Trattato di ostetricia.* Trad. ital. Martinez, pag. 763.

nerale, mentre in alcuni casi, tanto se l'eclampsia si è manifestata durante il travaglio, quanto se l'ha preceduto, le contrazioni continuano con la loro ordinaria regolarità. Talfiata anche sembra che l'organo partecipi all'irritazione generale ed espelle con gran facilità il feto in casi in cui la poca dilatazione del collo dovea far ritenere il parto ancora molto ben lontano.

Nondimeno quasto rapido parto mi pare molto più raro che nol credano alcuni ostetrici.

Tutte le volte che ho potuto seguire l'andamento del travaglio, m'è parso che il collo si dilatasse con grande lentezza: spesso mi è sembrato che fosse spasmodicamente contratto, come se avesse partecipato alle convulsioni generali.

Checchè però ne sia di ciò, sta di fatto che nella nostra osservazione, dilatazione ed espulsione avvennero rapidamente; per cui ci trovammo di fronte ad uno di quei casi in cui, come dice Cazeaux, pare che l'organo partecipi all'irritazione generale ed espelle con gran facilità il feto, in casi in cui la poca dilatazione del collo dovea far ritenere il parto ancora molto lontano. L'edema che dagli arti inferiori aveva raggiunto gli organi genitali esterni tanto da coprire coll'enorme distensione di esso l'ostio vulvare, certamente dovea essersi anche esteso al tessuto cellulare sottomucoso della vagina; quindi l'avvenuto passaggio del feto in modo così brusco attraverso parti non ancora sufficientemente preparate e per di più ristrette per lo strato di primiparità e per l'infiltrazione sierosa, dovea arrecare una esagerata distensione e contusione di esse, donde le lacerazioni che dopo il parto constatammo.

La prima giornata di puerperio passata apirettica, l'assenza di nuovi accessi, la tendenza dell'ammalata a sollevarsi dallo stato comatoso, poichè dopo 23 ore e 40 minuti dal parto, piangeva e s'opponeva prendere del latte, faceva nutrire speranza che essa sotto il rapporto dell'eclampsia andava migliorando, quantunque consci di dover sorvegliare lo stato dei reni capace di mutarsi da una forma acuta in una cronica. Ciò che in noi cominciava a destare non poco pensiero era la temperatura resasi febbrile per tutto il secondo giorno di puerperio e tendente a prolungarsi nel terzo dì. — Evidentemente le misure adottate, cioè quattro irrigazioni vaginali al dì, per le gravi lesioni esistenti negli organi genitali e per le infelici condizioni igieniche della casa della paziente non erano sufficienti; per cui il dubbio di perderla per grave processo settico andava invadendoci. Questo dubbio avea solido fondamento dappoichè tutte le condizioni necessarie ne erano presenti. Esistevano parti molli materne mortificate che sotto l'influenza del calore proprio del corpo hanno tendenza a decomporsi, dando liquidi in cui i germi dell'aria trovano le condizioni favorevoli per moltiplicarsi, per eccitare presto la putrefazione e per svolgere prodotti virulenti

(Schroeder) (1); ed inoltre superficie scoperta capace al riassorbimento di questi prodotti settici.

Dovevamo addottare quindi, e subito, misure molto più rigorose, cosa non poco agevole ad ottenersi quando non si possa disporre di mezzi e di personale adatto come può farsi in una Clinica. I nostri bisogni professionali non permettevano di andare a trovare l'inferma più di quattro volte al dì. Rammentavo lo splendido risultato ottenuto dal Dott. Enrico Pinzani, aiuto clinico nella R. Università di Bologna, in un caso occorso in quella Clinica di gravissimo traumatismo della vagina (2), e tenevo fisso in mente il piano curativo da lui seguito. È vero che il caso del Pinzani era molto più grave, ad ogni modo anche nel nostro le lacerazioni e le parti mortificate non erano indifferenti. Del tutto detto piano curativo non potevamo seguire per le circostanze di luogo e mancanza di taluni mezzi all'uopo; onde ci limitammo alle lavature vaginali di deutocloruro di mercurio al 1/2 $^0/_{000}$ in numero di quattro al dì, alla cospersione di iodoformio sottilmente polverato della superficie di impiagamento portandovelo e insufflandovelo per mezzo di apposito cannello ed inoltre raccomandando alla sorella della paziente, giovane piuttosto intelligente, previa disinfezione delle sue mani, di rinnovare ogni mezz'ora un po' di cotone fenico posto contro i genitali e bagnato prima in una soluzione mercuriale.

Le stesse virtù spiegate dall'iodoformio nella chirurgia avevamo diritto anche ad attendercele in questo caso di pratica ostetrica, ripromettendoci che l'accumulo di sostanze infettanti che potevansi fare e soffermare fra gli intervalli delle lavature, fossero rimaste neutralizzate dal forte potere antisettico dell'iodoformio che sarebbesi andato sciogliendo in esse. Infatti non avevamo torto di così pensarla. La temperatura che alla mattina del terzo giorno era 39,2 la sera era discesa a 38,3. In quarta giornata la temperatura si mantenne oscillante fra 38 e 38,5. In 5ª giornata si mantenne fra 37,8 e 38. La mattina della sesta giornata la temperatura è 37,2, ma stante la stomatite mercuriale confermata si abbandona l'uso dell'iodoformio e delle lavature col sublimato, adoperando solo come cura quattro lavature con soluzione fenica al 2 $^0/_{00}$, e cotone semplicemente fenico localmente.

La mattina stessa l'ammalata ha brivido ed ha una temperatura di 39 che si mantiene fino alla sera del giorno seguente (7° di puerperio), in cui si ritorna all'iodoformio, tenendo ferme le lavature con acido fenico. È sospeso l'iodo-

---

(1) Schroeder. *Trattato di ostetricia.* Trad. ital., pag. 737.

(2) *Annali di Ostetricia, Ginecologia,* ecc., N. 3-4, 1885, pag. 87. *Contributo allo studio degli effetti che ha in alcuni casi e l'antisepsi rigorosa fatta durante il puerperio.* Nota del Dott. Enrico Pinzani.

formio che l'ammalata accusa dolore alla fossa iliaca di destra. La temperatura tosto ridiscende a un massimo di 38,6, che dalla 10ª giornata di puerperio fino alla 25ª presenta solo un massimo di 38.

Nel 24 comparve il sangue dall'utero che cessò nella mattina del 28. In questo frattempo sospensione d'ogni cura locale; periodo di tempo in cui la temperatura oscillò fra 38 e 38,5. Ma da questo momento andò crescendo nei dì seguenti e quantunque si ritornasse all'iodoformio non si potè impedire la parametrite destra, che come vedemmo, presto e completamente si dissipò.

Un fatto che tosto colpisce in modo evidente da quanto ho riepilogato si è che associando le lavature disinfettanti con l'iodoformio, ecc., ebbimo sempre abbassamento di temperatura e nessun fenomeno di infezione locale nè generale; mentre appena lasciato l'iodoformio ebbimo febbre e dolore alla fossa iliaca destra.

Nella 2ª volta che sospendemmo ogni cura quantunque cercassimo di nuovo ripigliarla pure la parametrite si formò.

Pare adunque che in certi casi di vaste lacerazioni e distruzione di tessuto non sieno sufficienti le sole irrigazioni vaginali, ammenochè queste non siano continue o spessissimo ripetute, cosa che solo può ottenersi in Clinica. Per il pratico l'iodoformio è un mezzo potente di cura per le povere puerpere che sono colte da tale accidente. Il decorso della temperatura, prima della parametrite, nella nostra inferma fu certo di molto influenzato in modo buonissimo dalla medicazione locale rigorosa istituita coll'iodoformio ecc., e se per alcuni giorni di cura sospesa per varie circostanze, ne avvenne la parametrite, non toglie, anzi prova l'efficacia che ha una medicazione locale rigorosa. Convengasi d'altronde che relativamente alle condizioni in cui versava la paziente l'esito ottenuto è stato soddisfacentissimo. Questo fatto, unito ad altri può dimostrare la verità delle seguenti parole dello Schroeder con le quali pongo termine a questa nota: — « .... energica e profonda disinfezione ha eccellenti effetti. Tutti i giorni succede di vedere decorrere normali dei puerperi i quali altrimenti avrebbero messo a pericolo la vita delle puerpere. » (1).

Sassari, agosto 1886.

---

(1) Schroeder. *Trattato di ostetricia.* Trad. ital. Rocca, pag. 738.

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, Via Pietro Verri, 16.

Vol. VIII. Novembre-Dicembre N. 11-12.

ANNALI

DI

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

CASISTICA DI OSTETRICIA

ESPOSTA

dal Dott. GIUSEPPE GRAZZINI

Porpora emorragica in donna gestante. — Guarigione con l'amministrazione ipodermica del citrato di ferro. — Parto distocico per procidenza del cordone ombellicale. — Feto salvo. Puerperio regolare.

Il giorno 9 settembre u. s. si presentava nel R. Ospizio di Maternità una donna, certa Clorinda Tosi nei Mazza, di anni 42, attendente a casa. A quanto narra, non si riscontra alcuna labe gentilizia, ha sempre menato vita sufficientemente tranquilla, e si è sempre nutrita nel miglior modo che le è stato possibile. Cominciò a camminare di 9 mesi, ma a 14 gettata a terra da un suo fratellino, ebbe la gamba sinistra fratturata, tanto che non riprese a camminare che a circa 2 anni.

È stata fin dalla nascita di gracile costituzione. A 8 anni in seguito ad una forte paura, le apparvero sparse per il corpo una notevole quantità di macchie. che attenendosi alla descrizione della donna, sarebbero state simili ad ecchimosi, Dopo pochi giorni dalla comparsa di tali macchie, cominciò a perder sangue dall'ano non solo durante la defecazione, ma anche senza stimolo veruno: tutto questo per la durata di 8 o 10 giorni. A 9 anni ebbe una malattia acuta della quale poco ricorda, e a 11 una grave polmonite.

Pubere a 12 anni ebbe la prima mestruazione regolarissima, e senza alcun disturbo: le susseguenti furono normali tanto per il periodo di durata (6 o 7 giorni), di ritorno, per la qualità e quantità del sangue, fino al 14° anno d'età. A quest'epoca nel veder rimanere sotto le ruote di una carrozza una donna, fu colta da tale spavento che da mestruante rimase amenorroica, e questo per lo spazio di 6 mesi. Durante questa improvvisa cessazione della funzione catameniale le si coprì il corpo di una quantità grande di bollicine, rosee e puntute che si mantennero ora sparendo, ora ricomparendo fino al 24° anno di età.

Dopo sei mesi ricomparve la mestruazione, però non più regolare come in antecedenza. talora piccola, talora abbondante quantità di sangue, talora con anticipo di 8 o 10 giorni, tal'altra con ritardo di 10 a 15 giorni, e quello che più importa e contrariamente al passato, ebbe il mestruo preceduto, accompagnato e seguito da fortissimi dolori in tutta la regione addominale. Il sangue che nelle prime mestruazioni era di un bel colore rosso vivo, in queste apparve molto più scuro e qualche volta misto a piccoli grumi quasi neri.

All'età di 32 anni passò a marito. Prima dell'attuale ha avuto 5 gravidanze durante le quali pochissimo ebbe a soffrire per fenomeni simpatici: qualche vomiturizione, qualche dolore di capo, ma in complesso cose tutte di piccolo momento. Due forti perdite subìte dalla nostra donna sono veramente degne di nota: l'una il 30 novembre 1881, dieci mesi dopo il secondo parto, e che durò intermittente 52 giorni, l'altra il 20 settembre 1885, dopo il 5° parto che ebbe pure con intermittenza una durata di 38 giorni, perdite che a detta della degente la ridussero proprio in malo stato. Parti e puerperii furono fisiologici: i primi due figli non li allattò per agalassia, si provò però al 3°, ma dopo 34 giorni dovette cessare per mancanza quasi di latte, e per forti cefalalgie che tal dovere materno le procurava.

Della presente gestazione la Tosi dice che ebbe l'ultimo flusso mestruale ai 28 dicembre 1885 poco tempo dopo la seconda perdita, di cui più sopra ho fatto parola, e che nei primi mesi ebbe a soffrire vomiti, nausee, lipotimie, capogiri, cefalea, mancanza assoluta di appetito e una debolezza tale da non potersi tenere in piedi. Passati i primi mesi sono andati diminuendo tutti questi fenomeni utero-ovarici riflessi, rimanendo però una grande debolezza ed una forte avversione ai cibi. Il primo di settembre u. s. racconta la paziente che si vide apparire sulla faccia, sul torace e sul rimanente del corpo, come piccole bollicine che di giorno in giorno andarono crescendo per numero e per grossezza, e presero un colore rosso vivo nel centro con un alone più oscuro alla periferia. Anche sulla mucosa della bocca, della retro-bocca e sulla lingua, apparvero simili bollicine che nel mangiare si rompevano e davano esito ad una piccola quantità di sangue. Cinque giorni dopo la comparsa di tali bolle, scorse

più qua e più là sul corpo varie macchie di diversa grandezza e di varia forma, di quel colore medesimo che prendono i lividi per percosse, e sulle due palpebre altre macchie assai più scure identiche a vere ecchimosi. Contemporaneamente, dice la paziente, che nell'emettere orina, la trovò tinta di sangue, e che nei giorni successivi le orine si facevano sempre più rosse, fino al punto di prender l'aspetto di sangue purissimo.

Per la cattiva gravidanza e per tali fatti morbosi, ridotta in pessimo stato, deliberò, consigliata anche dal medico, di recarsi all'ospedale, ove fu ricoverata, come in principio ho detto, la sera del 9 settembre u. s.

Ricevuta che fu si trovò la povera donna in uno stato di forte adinamia; sul suo volto e sul suo corpo di un pallore bianco cereo si vedevano numerose macchie sanguigne, e qua e là piastre ecchimotiche: confertissime le piccole macchie sul fronte, sulle braccia, sulla regione glutea e sulle coscie. Soddisfatto l'atto della minzione si potè osservare una notevolissima quantità di sangue nell'orina, una vera e propria ematuria. Interrogata la malata se dal naso avesse mai perduto sangue, rispose di no, o seppure in minima quantità, come anche leggiere emorragie aveva avuto per la bocca e per la faringe, dove esaminata furono trovate disseminate macchie consimili alle suddette. — Accusava dolori fortissimi al ventre, indolenzimento generale, cefalea, nausee e vomiturizioni; la temperatura ascellare segnava 37.4. Da vari segni fisici si potè anche rilevare nella nostra donna la veridicità di una gravidanza, che dietro un accurato esame ostetrico sarebbe giunta ai primi giorni dell'8° mese. Con la palpazione si sentì chiaramente l'estremo cefalico del feto, mobile in basso, il dorso a sinistra e le piccole parti sul fondo uterino verso destra assai attive. L' ascoltazione poi ci fece certi della vita del feto, perchè chiaro e ben netto si sentì il battito cardiaco fetale nel quadrante inferiore sinistro un po' verso la linea medio-addominale.

L'esame dello scheletro e la pelvimetria ci addimostrano come la donna sia ben conformata. All'ispezione ed all' esame digito-vaginale niente di speciale: mammelle, ostio-vulvo-vaginale, vagina, cervice uterina, segmento inferiore quali si sogliono trovare in una multipara gestante. Nessun segno di incipiente travaglio. La diagnosi ostetrica formulata è la seguente: *Gravidanza intrauterina semplice al principio dell' 8° mese con feto vivo, in donna ben conformata, anemica, affetta da porpora emorragica.*

Il secondo giorno dall'ammissione in Clinica la donna è inquieta per forti dolori in tutta la regione addominale; nel mitto ha avuto gravi perdite di sangue; ha forte cefalea. La temperatura ascellare segna 36',9. La mattina del terzo giorno il Prof. Chiara prescrive come cura della degente le iniezioni ipodermiche di citrato di ferro, ed ordina sia prima fatto l'esame del sangue.

L'esame micrometrico eseguito dal Dott. Banti, secondo il metodo di Hayem, dà i seguenti risultati:

Globuli rossi	4,619,000
Globuli bianchi	31,000

Il giorno 11 (3° dall'entrata in Clinica) viene fatta diligentemente con la siringa del Pravaz, nella regione glutea, la 1ª iniezione di citrato di ferro, preparato colla formola seguente:

Citrato di ferro
Centigrammi 10.
Acqua distill. di lauro ceraso
Grammi 1.

Alla 6ª iniezione ipodermica, cominciò la malata a riaversi: non più nausee, nè vomiturizioni, non più indolenzimento generale, resa quasi nulla la perdita sanguigna durante il mitto; le macchie di porpora e le piastre ecchimotiche risolventisi dal eentro alla periferia: la degente accusa solo un po' di cefalea, un senso di bruciore alla regione epigastrica, uggia al basso ventre, ed un dolore al gluteo sinistro causato da una puntura fatta per l'iniezione ipodermica, dolore che scompare dopo poche ore, previa applicazione di un epitema gelido sul punto doloroso. In questi sei giorni la temperatura ascellare, ha avuto una minima di 36',9 ed una massima di 37',5. Fatta per altri 7 giorni la solita iniezione di un decigramma di citrato di ferro, si ebbe vinta completamente l'atonia dello stomaco e le macchie e le piastre ecchimotiche totalmente scomparse. La donna dorme tranquilla, non ha più vomiturizioni, non ha più dolori di nessuna specie, l'avversione ai cibi è scomparsa, si alza, mangia, si nutre a suo piacimento, di giorno in giorno va riacquistando il suo colorito normale, ed è felice nel vedersi in così breve tempo riportata ad uno stato di salute relativamente molto soddisfacente. Il giorno 24 incomincia la ordinaria cura ricostituente.

La gravidanza continua ottimamente, il feto niente pare abbia sofferto per la malattia materna, e lo dice colla sua mobilità attivissima, e col battito cardiaco chiaro, netto e frequente. Il giorno 5 ottobre alle ore 11 1/2 ant. la Tosi si trova senza accorgersene tutta bagnata, e dico senza accorgersene, perchè dopo preso con buon appetito il cibo della mattina, si era tranquillamente addormentata.

Il sacco amniotico si era rotto, ed aveva lasciato sgorgare un'abbondante

quantità di liquido. Fatto il riscontro digito-vaginale si trovò il collo quasi scomparso, ed una dilatabilità di circa due centimetri. Il vertice in posizione O.I.S.A era ancora mobile sullo stretto superiore.

Verso le 8 pom. il travaglio di parto cominciò a farsi sentire con piccoli dolori e rare contrazioni uterine che man mano andarono crescendo d'intensità. Alle ore 3 ant. del giorno 6 la dilatazione era giunta a circa 5 cent. e col riscontro digito-vaginale si potè avvertire la procidenza in vagina del funicolo Dal medico assistente Dott. Martinetti fu fatta subito la riposizione del funicolo entro la cavità uterina, per mezzo di un catetere elastico. Però le forti contrazioni che di tratto in tratto pigiavano il feto, cacciarono di nuovo in basso il funicolo, che scivolando sulla regione occipitale del feto, venne a presentarsi con una piccola ansa nella metà sinistra dello scavo.

Il battito cardiaco fetale segnava 100 pulsazioni, mentre pochi momenti prima ne aveva marcate 180: chiaramente il funicolo soffriva una compressione durante la contrazione uterina, ed il feto era minacciato di asfissia. La dilatazione attiva era di soli 6 cent., ma l'orificio assai più dilatabile, cosicchè era permesso poter liberare il feto con una applicazione di forcipe. Fu scelto il forcipe Naegele anche per le sue branche più strette e dal Dott. Martinetti applicato allo stretto superiore. Il pronto ed abile intervento chirurgico fu coronato da ottimo risultato, poichè per quanto il feto nascesse asfittico, pure, dopo le manovre che la scienza e la pratica insegnano, fu possibile rianimarlo. Il feto, di sesso femminile, *sano e ben nutrito*, pesava grammi 2750 e misurava dal vertice ai talloni mm. 465. La donna secondò spontaneamente, ma la fuoriuscita della placenta fu seguita da un principio di forte emorragia per inerzia uterina, emorragia che però potè essere quasi subito vinta, mercè una irrigazione endouterina prolungata di acqua calda (45 gradi circa), la somministrazione di un grammo di segale, e massaggio sul fondo uterino continuato per circa 20 minuti. Nel 1° e 2° giorno di puerperio la donna si è lamentata per atroci morsi uterini; nel rimanente tutto procede regolarmente; lochiazioni sanguigne normali, ventre cedevole, utero ben contratto, nessuna iperestesia degna di nota alla palpazione addominale.

Circostanze indipendenti dal Direttore della Clinica non permisero fosse ripetuto l'esame del sangue con il metodo Hayem. — Cionondimeno il fatto del puerperio regolare, malgrado non lievissima metrorragia post-partum, la non comparsa di nuove macchie sanguigne e di piastre ecchimotiche, la cessazione di ogni fenomeno gastro-enterico, il pronto ritorno del colorito normale e delle forze nella nostra ammalata, fanno fede di quanta efficacia sia stata la cura costituita.

Da questa osservazione clinico-sperimentale, e da altre con pieno successo

tentate dal Prof. Chiara, alcune delle quali dal medesimo descritte e pubblicate si può liberamente concludere :

« Che in una donna colpita da anemia profonda, è cosa assai difficile , per i fenomeni che da tale stato ne provengono istituire una cura, quale è consigliata da Werlhoff, Haller, Henoch, Cantani, ecc. I preparati di china, l' elixir acido di Haller, l'acido gallico, la segale cornuta a grandi dosi, ed infine la interminabile lista di preparati di ferro, sono, è vero, utili in simili discrasie sanguigne, quando però sieno già stati vinti o molto modificati i fenomeni consecutivi nell'apparato gastro-enterico.

« Che nei casi di grave anemia, indiscutibilmente fra tutti i sali di ferro, tiene oggi, se non il primo, uno dei primi posti, il citrato, somministrato per via ipodermica; come quello che pur non toccando le vie gastro-enteriche, in tal morbo gravemente turbate, è ad un tempo benissimo tollerato, assorbito ed assimilato.

« Che le iniezioni ipodermiche di citrato di ferro, non provocano *mai i tanto temuti ascessi*, quando curata la asepsi della siringa e del liquido da iniezione, sieno fatte dove e come la scienza e la pratica ammaestrano.

« Che infine la cura colle iniezioni intramuscolari di citrato di ferro nelle gravi anemie, merita di essere sempre più incoraggiata e seguita, come con scritti fu già incoraggiata dal Dujardin-Beaumetz, ed in pratica seguita con splendidi risultati da varii egregi medici. »

TUBERCOLOSI COMUNE

E

GRANULOSI ACUTA IN GRAVIDANZA

COMUNICAZIONE

del Prof. DOMENICO CHIARA

La phtisie peut surprendre le malade et le medecin, être subite en quelque sorte ou bien elle peut parcourir sa marche sans être accompagnée de la plupart des symptomes qui lui sont habituels.

LOUIS.

.... On est surtout frappé de l'intensité de la dispnée, de la soudaineté de son invasion et de la rapidité avec la quelle elle peut conduire à l'asphyxie mortelle.

VICTOR HANOT (*Nuovo Diz. di med. e chir.*, vol. 27).

Sans prodromes ou après ces prodromes mal caracterisés qui appartiennent à toutes les maladies febriles, l'individu est pris d'une fievre soubcontinué dont le degré thermique ne depasse guère 39,5.

JACCOUD (*Granulose aigue*).

Vous verrez des tuberculeux qui toussent des qu'ils ont mangé; vous en verrez d'autres qui toussent parce qu'ils ont mangé, et qui vomissent alors parce qu'ils toussent; vous en verrez d'autres enfin qui, ayant mangé, toussent, vomissent et palpitent.

PETER (Lez. 54.a *Les tuberculeux et les phtisisiques*).

SIGNORI.

È noto comunemente quanto ardua impresa sia sempre per il clinico quella di porre francamente la diagnosi di tubercolosi miliare, questa tremenda malattia detta da molti tisi acuta, ma poco esattamente secondo Jaccoud, perchè niun carattere presenta mai di vera consunzione o tisi nei suoi fenomeni, nel suo decorso, e nell'esito suo. È noto parimenti che le difficoltà diagnostiche derivano parti-

colarmente dalla mancanza di segni statici caratteristici, dalla comunanza di fenomenia con altri processi dell'apparato respiratorio, ed anche di qualche processo infettivo come la febbre tifoidea, qualunque poi sia la varietà di tubercolosi miliare che occorra osservare, la dispnoica, la catarrale, la gastrica o la tifoidea.

È ben vero che le oscurità diagnostiche, le difficoltà predette, e la incertezza nel giudizio che ne deriva per il clinico non sono di danno maggiore al povero infermo, poichè non è in potere del medico di modificare in modo veramente utile la malattia, e d' altro lato la temperanza terapeutica che oggidì tiene il campo sottrae il malato a un aggravamento del male per opera della medicina. Adunque se dalle difficoltà diagnostiche accennate può venire un qualche danno gli è tutto per il medico, sì nel rispetto morale che in quello materiale, imperocchè codeste difficoltà lo mettono allo sbaraglio, e nella occasione assai probabile di vedersi smentito a breve scadenza quando gli avvenga di portare una prognosi non assolutamente sfavorevole perchè avrà confuso la tubercolosi miliare morbo incurabile con la febbre tifoidea, o una bronchite capillare non superiore in quel dato caso alla resistenza dell' organismo. Cotesta consolazione per quanto poco lusinghiera e punto allegra, non è concessa all'Ostetrico: alle prese con due interessi che in caso siffatto sono antagonistici, la vita della madre inesorabilmente condannata dalla malattia e quella del feto che l'arte potrebbe salvare, egli, l'Ostetrico, che non riconosca la tubercolosi miliare confondendola con un processo morboso relativamente benigno, può trovarsi poco tempo, magari qualche ora, dopo aver fatto concepire rosee speranze, può dico l'ostetrico trovarsi di fronte a due cadaveri.

E notate, o Signori, che (se pure ho bene osservato, e giustamente interpretato alcuni fatti clinici) lo stato di maternità, specie il periodo di gravidanza rende più arduo ancora il problema diagnostico con le modificazioni che imprime al processo morboso senza scemarne di un punto la gravità.

Hisce præmissis lascio la parola ai fatti clinici domandando fin d' ora di potervi fare attorno alcuni brevissimi commenti, e porre qualche conclusione che, se non m'inganno a partito, saranno per meritare una qualche attenzione da parte dei colleghi che tengono con speciale predilezione e maggiore autorità il campo della clinica ostetrica.

R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze.

SEZIONE OCCULTE

Osservazione I. — N. 57 del registro 1886.

Nubile di 38 anni, cucitrice: viene accolta il 13 marzo 1886 inviata d'urgenza dal R.° arcispedale di S. M. Nuova, perchè giudicata agonizzante.

Difatti è cianotica, il respiro frequente, brevissimo, difficile; estremità freddiccie; il polso peraltro è migliore di quanto non si sarebbe creduto. Viene con amorosa premura soccorsa; è messa in letto ben riscaldato, si porge un po' di vino Marsala, si fa una iniezione sottocutanea di etere con muschio, e la minaccia di asfissia viene scongiurata, per cui qualche ora dopo l'ingresso può essere interrogata ed esaminata.

Essa è rachitica in modo sommo; è il caso più grave di deformazione rachitica ch'io abbia osservato.... e ne vidi pur tanti casi e gravi in 9 anni di esercizio clinico nella maternità della capitale del rachitismo in Italia, voglio dire *Milano*. — Non istò a descrivere la deformazione scheletrica onde non abusare del vostro tempo, e mi limito a dare quelle poche misure che valgono a dimostrare che v'era indicazione assoluta dell'aborto, o del taglio cesareo.

Altezza della donna	cent.	87
Circonferenza pelvica	»	68
Diametro obliquo destro	»	19,5
» » sinistro	»	17
Altezza della pelvi a destra	»	14
» » sinistra	»	15
Tra i gran trocanteri	»	26
Conjugata esterna (B.)	»	13
C. V. calcolata	»	4,8 mm.

Al dire della ragazza la salute sua sarebbe stata sempre buona fino agli ultimi giorni dell'anno 1885, quando incominciò a essere molestata da una tosserella secca, stizzosa, e più insistente e tormentosa il mattino.

Fu mestruata a 18 anni; niuna irregolarità, non dolori, durata media 6 giorni. Or fanno 2 anni una gravidanza regolare terminata verso la metà del 7° mese con la espulsione di un feto morto, macerato; il puerperio fisiologico: nel parto non fu assistita.

Ultima mestruazione il 10 settembre 1885, per cui la gestazione attuale sarebbe nel 6° mese: lo sviluppo dell'utero, le modificazioni della parte infravaginale di esso, la massa del feto, il battito cardiaco di questo corrispondono all'epoca indicata dal calendario. Niuna turba riflessa; fenomeni di catarro bronchiale: l'esame del torace ci fa accogliere la diagnosi di tubercolosi polmonare con un punto interrogativo rispetto la possibilità di varietà *miliare forma dispnoica.*

La temperatura presa la sera dell'ingresso della donna è 38,8; il mattino seguente (14 marzo) il termometro segna 37,5; la sera 37,6; il 15 marzo e la mattina del 16 niun mutamento nella termogenesi; viene ripresa la sera del 16 dalla dispnea e da fenomeni asfittici che rapidamente si aggravano a malgrado della più energica cura eccitante e rivulsiva, e la mattina del 17 marzo alle ore 5 la povera rachitica si spegne.

L'autopsia rivelava una marcatissima tubercolosi miliare polmonare, non caverne, come s'era sospettato per certi rantoli dell'apice; il rimanente del cadavere, volendo preparare lo scheletro, non fu esaminato. Il feto pesava 800 gr. ed era lungo mm. 295. Gli annessi, sani, pesavano 210 grammi, l'utero, senza il collo, grammi 580.

Il diametro	longitudinale	mm.	153
»	trasversale	»	118
»	anterior-posteriore . . .	»	80

Osservazione II. — N. 290 del registro 1885.

Annunziata V., attendente a casa, povera, non maritata, ma convivente da molto tempo maritalmente con un nomo di 47 anni, viene accolta il 29 dicembre 1885 verso la metà del 6° mese della sua 5ª gravidanza; delle altre 4 una, la 3ª, terminò con l'aborto di 3 mesi circa. Pubere a 19 anni, vide regolare il flusso mensuale fino a 2 anni fa; da questa epoca la mestruazione appare di quando in quando 2 volte al mese, ma scarsissima. I parti furono fisiologici, e tali anche i puerperii: allattò 3 bambini con esito buonissimo, confessa 40 anni, ma emaciata, pallidissima, senza denti anterior-superiori, con molti capelli bianchi, appare vecchia di 20 anni più di quanto affermi. La salute fu sempre al dire della donna, soddisfacente, e tale si sarebbe mantenuta fino a un mese fa quando,

sempre secondo il suo racconto, essendosi reumatizzata fu presa da brivido, tosse, dolori epigastrici e febbre. Rimase per 4 giorni a letto nel proprio domicilio e poi non vedendo miglioramento e credendo imminente il parto si fa tradurre alla maternità. L'esame ostetrico rivela lo stato di gravidanza, e l'età di questa nel corso del 6° mese, feto vivo, niun indizio di travaglio; nel fare questo esame si rileva nella regione trocanterica destra un grosso tumore (più del pugno) che pare fluttuante: la donna temendo forse l'intervento chirurgico afferma che ha sempre avuto *quella grossezza* per cui non ce ne occupiamo altro. Ha tosse frequentissima sì nel giorno che la notte; vomita frequentemente tanto a stomaco occupato che vuoto; si lagna di forte dolore all'epigastrio; v'ha meteorismo, e alquanta sensibilità peritoneale L'esame del torace impone la diagnosi di tubercolosi al 1° stadio, malattia che la donna dice avrebbe spento i suoi genitori, e parenti prossimi. La temperatura misurata regolarmente mattino e sera fino al 21 gennaio è trovata 4 volte soltanto febbrile, con un massimo di 38,8, una volta soltanto. Si fa una cura tonico-ricostituente e calmante specie per il vomito che si modifica in bene verso la metà di gennajo, ma senza sospendersi completamente. Nella 2ª settimana di gennajo essendo alquanto migliorata domanda di lasciare il letto per qualche ora onde, diceva lei, acquistare più presto forza sufficiente per abbandonare la clinica.

E di fatto il 21, a malgrado delle nostre esortazioni in contrario, vuol essere congedata.

Nel momento di partire le si profetizza che sarebbe tornata presto; ed infatti la sera del 28, cioè 7 giorni appena dopo uscita viene riammessa e registrata col n. 18, 1886. L'aspetto suo è di peggioramento notevole; fu ripresa dal vomito che s'è fatto più insistente ed ostinato, un vero vomito infrenabile; persistono i fenomeni toracici, l'emaciazione ha progredito: la temperatura peraltro è febbrile soltanto qualche momento (2 volte in 8 giorni).

La gravidanza si mantiene regolare; il feto è vivo, e l'utero affatto tranquillo.

Si torna tosto alla cura che aveva corrisposto nel 1° periodo; cioè ghiaccio all'epigastrio, iniezioni sottocutanee di morfina, di muschio, di etere; soluzione arsenicale per bocca..... latte..... brodi..... vini generosi.... acqua gassosa, ecc., ecc., ma il vomito non si modifica minimamente, dal 6° al 7° giorno s'affaccia una parvenza di stato tifoideo, e si giudica non lontano l'esito letale, per cui badando soltanto all'interesse del feto che giunto nella 1ª decade dell'8° mese offre probabilissima la vitabilità, il dì 3 febbrajo alle ore 10,30 ant. s'interrompe la gravidanza con l'immissione, nell'utero, di una candeletta elastica: alle 3,30 pom. del dì seguente (4 febbraio) avviene il parto quasi incosciente la donna, tanto fu rapido e poco doloroso. Feto vivo, pesante 1880 gr., lungo 42 cent., dal diametro biparietale di 85 mm. Annessi sani, peso 400 gr.

Dopo il parto lo stato tifoideo si fa manifestissimo; lingua secca, nera (pappagallo), denti fuliginosi, occhio spento, decubito abbandonato, ecc. Febbre moderata (38.8 il massimo), e alle 10,30 ant. del 6 febbrajo la poveretta spira tranquilla e incosciente.

L'autossia rivela confluentissima tubercolosi miliare polmonare, pleurica, meningea.... qualche tubercolo nel fegato e sull'intestino. Il tumore notato sotto il grande trocantere destro si trova formato da vasta raccolta caseosa: nel gran trocantere focolajo caseoso, grande quanto un ovo di piccione.... fu l'origine dell'ascesso.

Ecco dunque, o signori, 2 casi assolutamente indiscutibili di tubercolosi miliare (o tisi acuta) battezzati per tubercolosi comune dopo avere appena sospettato, e in uno soltanto, la forma miliare. In questo fu spiccatissima la forma dispnoica, o soffocante, o asfittica, nell'altro invece dopo un esageratissimo carattere di varietà gastrica, si affermò quella tifoidea soltanto dopo il parto provocato e dopo che cessava il vomito veramente infrenabile che si sarebbe potuto attribuire alla gravidanza piuttosto che alla tubercolosi meningea, o a qualche non cercata lesione del pneumogastrico.

Nel 1° caso la dispnea contrariamente a quanto insegnano i clinici e gli scrittori di patologia medica quando dicono che ha una durata media di 4 settimane, portava la morte in poche ore: nel 2° la fenomenia tifoidea si affacciava soltanto nel periodo preagonico e in ambidue i casi la temperatura non fu che rarissimamente febbrile; fenomeno incomprensibile impossibile direbbesi da chi adottasse il concetto della malattia esposto dal Fournet. Questo autore insiste, come caratteristica del morbo, sulla intensità de' fenomeni febbrili, e perciò lo denomina « *febbre etica acuta.* » Niun autore del resto, ch'io mi sappia, parla della possibilità che la tubercolosi miliare passato il periodo iniziale, quello che Bouchut chiama de *germination*, possa decorrere senza febbre per un tempo più o meno lungo.

« La phtisie, scrive Louis, peut surprendre le malade et le médecin, être « subite en quelque sorte, ou bien elle peut parcourir sa marche sans être ac- « compagnée de la plupart des symptomes qui lui sont habituels » ma tra i sintomi abituali che possono mancare non è messa la febbre.

Di fronte a un andamento così lontano e diverso da quello conosciuto e ammesso universalmente, quale rimprovero potremmo noi accettare se dopo emesso il sospetto di forma miliare ci fermammo al concetto di tubercolosi comune? È questo, se mai ve n'ha, il caso di dire « la critique est aisée, l'art « est difficile. »

Adunque più che difenderci da un possibile, ma non meritato, rimprovero di leggerezza d'esame e di giudizio e di poco acume d'osservazione, metterebbe

conto indagare il come e il perchè di sì spiccata anomalia nella manifestazione sintomatica e nell'andamento del processo morboso, specie nel rispetto della termogenesi, nelle nostre 2 gravide.

Ma nè questo parmi luogo più acconcio per siffatto studio, nè argomento per il quale mi senta competenza pari alla importanza sua. Mi limiterò dunque a trarre qualche induzione da non pochi casi osservati di tubercolosi polmonare comune in gravidanza e ne' quali la malattia aveva portato guasti considerevoli nell'organo colpito come caverne numerose, profonde ed estese con suppurazione correlativa, e tossa ostinata con insonnia, alimentazione insufficiente, ed estrema usura organica, ma senza febbre mai, o con febbre intercorrente e moderatissima, quella febbre che poi si accendeva gagliarda in puerperio e tanto da portare sollecitamente, en galoppant la povera malata alla tomba.

E la induzione sarebbe che per il processo similare ch'è la tubercolosi acuta si può rendere la gravidanza responsabile delle modificazioni osservate nei caratteri ordinarii della malattia per i casi da noi osservati, specie per quanto si attiene allo andamento della temperatura mantenutasi quasi sempre alla norma, o lievemente, ma raramente superiore. Herard e Cornil parlano, è vero, di una « phtisie granuleuse apirethique simple, sans la moindre complication phlegma- « sique, « ma Victor Hanot si affretta a scrivere: « Ce à quoi j'objecterai en- « core que la fièvre existe dans ces cas, alors même qu'il n'y a pas de compli- « cation phlegmasique. »

Ne deriva dunque inesorabilmente che la influenza perturbatrice della gestazione, senza che modifichi in meglio il processo, quando non lo aggravi, come fece nella rachitica morta così rapidamente per asfissia, rende ancora più difficile la soluzione del già difficilissimo problema diagnostico. E poichè ho ricordato ancora una volta la povera rachitica vittima della tubercolosi miliare dispnoica, mi si conceda dare un breve cenno di altri 3 fatti clinici che devono essere accomunati con quella, se non per la forma, per la natura del processo e l'analogia dell'esito.

N. 262, 269, 277 del 1885 — N. 2 del 1886.

Nannucci Daria, di anni 31, sigaraia, coniugata, la prima volta entrava i 17 novembre 1885. La diagnosi all'ammissione fu di tubercolosi con piccole caverne agli apici in donna gravida alla fine del 5° mese e soffio aspro sospetto all'apice del cuore. Vita faticosa, vitto insufficiente. Sofferse rachitismo nei primi cinque anni d'età; quindi gli esantemi dell'infanzia. A 18 anni mestruò ed i catamenii furono normali: a 22 anni prese marito, e fino all'età di 27 anni fu sana e ben portante e partorì 3 bambini sani, ben conformati, a termine. A

27 anni gravida per la 4ª volta contrasse la sifilide; da allora si sentì sempre male, anemica, debole, continuamente affetta da laringite e spesso da bronchite: la 4ª, 5ª, 6ª gravidanza s'interruppero nel corso del 7° mese, e sempre vennero alla luce feti macerati. Fece una cura regolare con preparati di mercurio e con ioduro potassico. Questa era la 7ª gravidanza il cui principio la donna faceva risalire al 20 giugno, giorno dell'ultima mestruazione. Soffriva tosse sino dal principio della gravidanza. Istituita una cura ricostituente e sintomatica, la donna contenta della diminuzione della tosse, volle partire il 22 novembre. Tornò il 2 dicembre e rlparti il 13, ritornò il 18 e ripartì il 30: sempre si notava un peggioramento. La sera del 5 gennajo u. s. ci fu rinviata; la diagnosi era « grave vizio cardiaco in gravida alla fine del 7° mese. »

Era in preda a grave accesso dispnoico; faccia, labbra, mani cianotiche, vene giugulari molto rilevate. Esiste sempre il soffio sistolico prolungato e aspro alla punta del cuore. La respirazione si effettuava nei lobi inferiori; agli apici si constatò l'ingrandimento delle caverne. Utero molto sviluppato per l'abbondanza del liquido amniotico.

Circonferenza addominale al bellico . . .	cent.	95
» » sotto-masc. . .	»	97
Semicirconf. longitudinale	»	24
» trasversale	»	21
Diametro longitudinale	»	23
» trasversale	»	19

La mattina del 6 fu rotto il sacco alle ore 10 ant.: uscirono circa 500 gr. di liquido: fu lasciata nell'utero una siringa elastica che poi fu tolta dopo 12 ore. Nei giorni 6, 7, 8, 9 facemmo uso di calmanti, revulsivi, ricostituenti. Temperatura fra 37°,6 e 36°,5.

Il travaglio s'iniziò la mattina del dì 9 alle ore 10: il periodo dilatante si protrasse per 22 ore sino alle ore 8 ant. del dì 10. Nel periodo espulsivo vi fu minaccia di un accesso dispnoico; ma fortunatamente tal periodo non durò che 30 minuti, e quindi nasceva un feto vivo e vitale del peso di 1750 gr. lungo 39 cent. con un B. Anat. d. 70 mm. Il secondamento normale.

Niente dal lato puerperale: ma, si comprende, si proibì l'allattamento. La donna non volle restare con noi più di 10 giorni, ed in questi si notò un miglioramento nella fenomenia con cui si estrinsecava lo stato morboso. Uscì di Clinica il 20 gennajo.

N. 80 Sez. Legittime.

Serafina Magnelli di anni 27, coniugata. IIIpara. Entra in Clinica il 9 aprile alle ore 8 pom. con accesso dispnoico. Si constata gravida circa a 6 mesi e $^1/_2$, e affetta da tubercolosi laringo-polmonare, con grandi caverne agli apici. S'istituisce una cura sintomatica. Nei giorni 10 e 11 Temp. oscillò fra 37°,9 e 38°,1. Polso fra 85 e 98. Respiro fra 28 e 39. Alle ore 4 ant. del dì 12 la donna di guardia aiutò l'ammalata a bere un uovo che aveva richiesto: quindi parve addormentarsi e alle ore 5 fu trovata già fredda, senza che alcuno si fosse accorto del momento in cui era cessata la vita. L'epoca della gravidanza, l'andamento della malattia, e il tempo troppo lungo trascorso dalla morte ci distolse dal praticare il taglio cesareo. Il cadavere fu ceduto al Prof. Tafani per studii suoi particolari; del resto la malattia presentò fenomeni così spiccati, che la diagnosi non aveva bisogno del reperto necroscopico: peraltro il Prof. Tafani riferiva trattarsi di tubercolosi polmonare.

N. 236 Sez. Legittime.

Alessandrina Banchetti di anni 36, coniugata. IVpara. Entra in Clinica il 13 novembre 1884 gravida alla fine dell'8° mese. Tubercolosi al 3° stadio e dubbio fra dilatazione sacciforme del segmento inferiore dell'utero o loggia di cistoma. Accessi dispnoici gravi. Il 22 novembre col metodo Krause s'interrompe la gravidanza. Il 24 novembre si dichiara il travaglio; a dilatazione quasi completa la donna è presa da grave dispnea, ed allora la si libera con un'applicazione del forcipe Näegele. Questo alle ore 3,30 pom. Dal lato puerperale niente vi fu d'irregolare; però cresceva la spossatezza e la cianosi. La mattina del 28 alle ore 2 ant. fu trovata spenta, senza che nè le inservienti di guardia nè le malate vicine si fossero avviste di niente.

Alla necroscopia si trovò il parenchima polmonare a destra tutto infiltrato da tubercoli con vasta caverna al lobo medio e all'apice; a sinistra caverna piena di detriti purulenti all'apice. Fu constatata l'esistenza di un cistoma della grandezza di una grossa arancia, che con lungo peduncolo sorgeva dall'ovario sinistro.

E così, o signori, troviamo su 5 ammalate di tubercolosi (2 a forma miliare) 3 morte in modo rapidissimo, per non dire improvvisamente. Ora parmi lecita e onesta la domanda se di una malattia che ha siffatte sorprese per l'ostetricante non si debba fare uno studio meno filosofico di quanto fanno i libri di ostetricia che limitano la questione alla ricerca se la gravidanza migliori, lasci im-

mutata, o peggiori la tubercolosi polmonare, o uno studio più clinico, più ostetrico, ventilando le indicazioni che al clinico possono venire imposte dall' esito non rarissimamente così repentino e fatale della malattia.

Posso non conoscere che incompletissimamente la letteratura ostetrica circa cotesto argomento; ma in quel poco che m'è noto non veggo, non ricordo si studi la tubercolosi miliare, nè si dia importanza, se pure se ne parla, alla possibilità della morte rapida, o anche improvvisa della gestante tubercolotica *quando il feto è divenuto vitabile.*

Ammaestrato dai fatti da me osservati e raccolti nello spazio di pochi mesi mi sento tratto a dichiarare che, fatta diagnosi di tubercolosi miliare, specie di forma dispnoica, in gravida oltre la metà del 7° mese, o chiamato presso una gestante tubercolotica (tub. comune) giunta oltre la 1ª quindicina del 7° mese e che presenti un certo grado di dispnea, non esiterei a proporre e praticare la interruzione della gravidanza nello interesse del feto. Questa condotta pare a me preferibile a quella del parto semiforzato, e anche del taglio cesareo nella donna tubercolotica e agonizzante, potendo l'agonia terminare assai più presto di quanto ci aspettiamo, e la forma asfittica della malattia far premorire il feto.

E faccio punto conchiudendo:

1.° La tubercolosi miliare (tisi acuta degli autori) modificata forse in alcuni suoi fenomeni caratteristici quando si associa con la gravidanza, presenta in questo stato difficoltà diagnostiche ancora maggiori dell'ordinario.

2.° Se il vomito accompagna la tubercolosi miliare (forma gastrica) in gravidanza, esso può assumere le parvenze del vomito infrenabile (incoercibile) proprio della gravidanza.

3.° La dispnea, con fenomeni asfittici, che può tornare anche rapidamente mortale, può essere la sola manifestazione sintomatica della tubercolosi miliare in gravidanza.

4.° Sospettata fortemente, o accertata, la esistenza della tubercolosi miliare in gravidanza, è conveniente, per non dire doveroso, interromperla con sollecitudine quando la diagnosi venga posta nell'epoca dell'assicurata vitalità del feto.

CONTRIBUZIONE
ALLO STUDIO DEL BACINO CIFOTICO

studio teorico-esperimentale

SULLA VIZIATURA CIFOTICA DELLA PELVI

del Dott. VINCENZO LAURO
già Medico-Assistente della Clinica Ostetrica di Napoli

Multum restat adhuc operis, multum restabit, nec ulli nato,
post mille sæcula, præcluditur occasio aliquid adjiciendi.
SENECA. *Epistolarius*, liber I, epistola LXIV.

Introduzione.

Le viziature pelviche, come quelle che più ordinariamente rendono difficile, pericoloso od impossibile il partorire, richiamarono l'attenzione degli ostetrici di tutti i tempi. Anzi senza voler parlare dei tempi non molto lontani da noi, in cui l'Ostetricia si costituì in scienza a parte ed ebbe cultori speciali, noi possiamo asserire che le viziature pelviche furon conosciute dalla più lontana antichità, nascendo esse con la scienza. Ippocrate, padre del medico sapere, ci lascia nei suoi libri nozioni non scarse intorno alle deviazioni della pelvi dal tipo normale ed alle difficoltà che può offrire al parto la viziatura del bacino. Celso, Albucasis, Aezio, Galeno, Paolo d'Egina, Moschion, Avicenna, ecc., questi ultimi specialmente, che già parlano di istrumenti adatti a vincere le difficoltà del parto, han lasciati libri pieni di nozioni relativamente interessanti sulle anomalie pelviche.

Ad essi, come a moltissimi di quelli che vennero dopo di loro erano ignote le anomalie di forma, di direzione e di posizione del bacino, ma la diminuzione di capacità del medesimo, specialmente per quello che riguarda la loro influenza sul parto, nei loro libri se non è chiaramente descritto, si lascia intendere con grandissima facilità. Nè da Ippocrate ai nostri giorni, evvi libro, che, anche non

di proposito, si occupasse dei parti, in cui non si trovi consacrato l'argomento delle deviazioni pelviche dal tipo normale, accordandogli quella importanza che loro compete.

Molti argomenti della Ostetricia possono oggi dirsi quasi completamente sfruttati avendo dato campo a studii vasti ed accurati; ciò non per tanto moltissimi ancora rimangono campo a ricerche e studii più precisi e più profondi, e fra questi ultimi ci piace di annoverare le viziature pelviche, come quelle sulle quali non inutilmente si rivolge sempre la nostra attenzione; ecco giustificato il passo di Seneca, che ci è piaciuto di mettere come epigrafe in fronte al nostro lavoro.

Nè è questo un argomento di poco profitto pratico e scientifico, poichè incontestabilmente è esso il più interessante della nostra scienza, e come tale ne consegue naturalmente, che Ostetrici consumati e modestissimi cultori, come noi, della Ostetricia, su di esso rivolgano la loro attenzione, come quello che moltissimo studio meriti e che dia in pratica tante e così svariate indicazioni.

Ed anche quando non si volesse condividere la nostra opinione, basterebbe per rimanerne convinti, riscontrare la letteratura di tutti i tempi e massime quella dei nostri giorni, per vedere quale messe di lavori videro la luce, così sulle difformazioni del bacino, come sulle indicazioni che da esse si ritraggono. Del primo si occuparono, per nominarne appena alcuni. specialmente nostri, il Calderini, il Negri, l'Inverardi, il Marchionneschi, il Bolzoni, ecc., e poi lo Chantreuil, l'Hergott, il Pinard, l'Yrigoyen, il Barbour, il Götz, il Tourquet, il Boissard, ecc. ecc., quantunque questi ultimi non trattassero di pelvi viziate; mentre che del secondo potremmo citare il Cuzzi, il Pugliatti, il Negri, il Truzzi, ecc. e moltissimi ancora.

Convinti di questo fatto anche noi abbiam voluto portare la nostra attenzione sulle viziature del bacino, ma guardando la vastità del campo che ci si parava innanzi, tenendo conto altresì che troppo lungo studio ci vorrebbe per esaurire, foss'anco alla men peggio, l'argomento assuntoci, nè dimenticando la grande modestia delle nostre forze, abbiam perciò voluto limitare il nostro studio ad una soltanto delle molteplici varietà di bacino deformato, e precisamente al bacino cifotico.

Abbiam scelta questa varietà, come quella la quale non soltanto riscontrasi piuttosto raramente, ma altresì perchè moltissimo ha tenuto esercitate le menti di quelli che di essa specialmente si sono occupati. Su di essa moltissimo si è detto, molto ancora si è scritto per spiegarne la essenza, e molte teorie son venute su, non tutte vere, nè tutte assolutamente concordi.

L'abbondanza, che in medicina è sempre segno di povertà, ci pose in guardia contro la multiplicità delle vedute assai fra loro disparate, e noi volemmo

studiare l'argomento, specialmente dal suo lato più discusso ed ancor più discutibile, per portare il nostro contributo al riordinamento delle varie idee emesse ed all'accettazione di quelle che per avventura siano più conformi alla realtà.

Nè intendiamo di abbracciare col nostro studio tutte le varietà di pelvi cifotica; noi metteremo da banda tutte le varietà di cifosi complicata, per occuparci soltanto della pelvi cifotica pura, la quale per esser piuttosto rara, diventa perciò clinicamente pregevole.

Lo studio del bacino cifotico fu intrapreso da Ostetrici valorosi ed il frutto dei loro studii fu eguale ai loro meriti, per cui bisogna confessare, che una parte dell' argomento è esaurita: l' epoca a mo' d'es. e le condizioni in cui la deformità spinale produce maggiore o minore viziatura del bacino è perfettamente nota: conosciuti sono, e bene, i caratteri anatomici e clinici di questo bacino, sui quali poggiasi la diagnosi clinica di questo, anch'essa ben nota. Non è ben confermato però fin oggi quanta parte pigli il peso del tronco ed in che modo spieghi la sua azione nella produzione di questa deformazione pelvica; essendo che fin oggi gli autori si son divisi in due schiere, una che nega al medesimo qualunque azione, l'altra che gli attribuisce influenza ben spiccata: la prognosi non è fondata su basi del tutto vere, e l' intervento nel tempo del parto è solo poco studiato, poichè la terapia, secondo noi, non si inspira alle condizioni speciali della pelvi in parola, per cui ancor molto lascia a desiderare.

La patogenesi principalmente, di questo vizio pelvico, è poggiata sopra idee non ben delineate, molte volte contradditorie ed ipotesi facilmente infirmabili, nè al di là delle ipotesi e congetture può asserirsi qualcosa di ben definito.

Abbiam voluto portare adunque la nostra attenzione su questo argomento sia per riunire in un libro solo quello che di buono trovasi sparso in molte memorie, sia anche per dare a questo studio il nostro modesto contributo. Saremo oltremodo contenti e pienamente appagati, se dai nostri studii potremo far trasparire l'amore per la scienza e più di tutto la nostra buona volontà.

Pigliamo le mosse per trattare l'argomento del bacino cifotico non complicato, dall' osservazione di una donna ricoverata nella Clinica Ostetrica della R. Università di Napoli, tanto degnamente diretta dall'Illustre nostro maestro Prof. Ottavio Morisani, a cui, ci gode l'animo d'adempire al dovere di rendere pubblicamente le più sentite azioni di grazie, per averci saputo inspirare amore per la nostra scienza, per la sua provata liberalità, permettendoci di far nostra l'osservazione della ricoverata, e più di tutto per esserci stato largo di benevoli agevolazioni nel compiere lo studio che ci siam proposti.

La donna in discorso era affetta da conseguenze del morbo di Pott e presentava un esemplare squisito di pelvi cifotica pura ed a grado di viziatura

piuttosto avanzata. Avemmo noi medesimi l'agio di assisterla negli ultimi tempi della gestazione nel parto e nel purperio, e potemmo esaminarne lo scheletro controllando in tal maniera quello che erasi diagnosticato durante la vita, prestando ancora in quel tempo il servizio d'Assistente nella Clinica.

Trattando il meglio che ci sarà possibile il non facile assunto che ci siamo proposti, ed acciocchè potessimo riescire più chiari esporremo qui appresso l'ordine che serberemo via facendo.

Il nostro lavoro verrà diviso in due parti ed undici capitoli; l'esposizione dei quali verrà preceduta dalla relazione dell'osservazione clinica della donna, portante la pelvi cifotica, riferendone un esame accurato, le particolarità del parto e puerperio, ed essendo la donna miseramente soggiaciuta alle condizioni epidemiche puerperali allora esistenti in sala, daremo iu accenno la necroscopia della medesima. Ed acciocchè la monotonia d'una storia clinica fosse in parte smorzata, qua e colà abbiam cercato d'intrattenerci delle illazioni che si possono dedurre dai fatti osservati, dicendo altresì poche cose specialmente, del modo come si produca il ventre pendulo in donna cifotica.

Nella prima parte del nostro lavoro, o parte anatomica, comprendente sette capitoli, esporremo: nel primo la descrizione dettagliata e piuttosto minuta dello scheletro della donna, soggetto dell'osservazione clinica, ora appartenente al Museo Anatomico della Clinica Ostetrica di Napoli (1).

Nel secondo esporremo una descrizione sommaria dei muscoli e legamenti della colonna vertebrale, del bacino e coscia in condizioni normali, intrattenendoci specialmente di quelli che molto davvicino possono interessare per la spiegazione della meccanica della deformazione pelvica: diremo di ciascuno di essi i punti di attacco, la direzione e maniera d'azione normale, acciò date, la deviazione spinale, l'alterazione di direzione del bacino, e le altre condizioni

---

(1) Avevamo in idea di descrivere ed illustrare gli altri bacini cifotici che per avventura si trovassero nei musei di Napoli. Al Prof. L. Armanni rendiamo le più sentite grazie per averci permesso di esaminare la raccolta del Museo anat. pat. dell'Ospedale Incurabili, la quale sfornita affatto di questi bacini, è ricca d'interessanti scheletri e bacini rachitici.

Uno scheletro puramente cifotico, con bacino viziato a grado abbastanza inoltrato, trovasi nel Museo d'Anat. Pat. della R. Untversità, ma manca di qualunque notizia specialmente di sessualità, perciò sembrandoci di poco interesse lo abbiam trascurato, non volendo mancare di rendere al Prof. Schrön Direttore del Museo i più sentiti ringraziamenti per aver messo, gentilmente, a nostra disposizione tutto il materiale della raccolta. Per quanto abbiam potuto sapere, cinque esemplari ne esistono nella magnifica raccolta del Prof. M. Seibelli, il quale, non sappiamo, nè vogliamo sapere, per quali motivi ci negò il permesso di descriverli e pubblicarli: s'abbia anche lui i nostri ringraziamenti, e viviamo sicuri, che altra penna, che la nostra non sia, possa render palesi i tesori scientifici che finora tien nascosti nel suo ricco museo.

che verificansi nel morbo vertebrale di Pott, possano assai facilmente notarsi i mutamenti indotti nell' azione di questi muscoli e legamenti e gli effetti che queste mutate condizioni possono spiegare sulle leve ossee. Confessiamo che questo capitolo del nostro lavoro l'abbiamo scritto per noi soltanto, ed anco un po' per quei cultori, come noi, di conoscenze assai modeste, che desiderano riandare su cose che molto facilmente possono sfuggire: esso adunque non è scritto per quelli, che molto innanzi nella scienza non sentono più certi bisogni, nè per quelli che giudicheranno loro ben note queste cose.

Esponendo la storia del bacino cifotico nel terzo capitolo, comincieremo dal cercare se negli autori antichi e nella letteratura straniera esistano per caso delle indicazioni più o men vaghe relative a questo bacino, ovvero se fosse stato descritto sotto altro nome: vedremo che bisogna arrivare fino ad un'epoca poco lontana da noi per poter cominciare a rinvenire uno schizzo clinico, se si vuole ancora incompleto, a causa forse della rarità delle osservazioni di simil genere. Queste però divenendo sempre più numerose ed essendovi stati molti ostetrici che si sono particolarmente dedicati a questo argomento, così le conoscenze rispetto a simile bacino diventarono quasi complete, e la storia di questo vizio pelvico piuttosto estesa.

La enumerazione dei caratteri anatomici del bacino cifotico, sia quando la deviazione vertebrale risiede nella regione dorsale inferiore o dorso-lombare della colonna, come quando è sita nella regione lombare o lombo-sacrale della medesima; più un rapidissimo cenno dei caratteri anatomici della cifosi complicata, verrà dato nel quarto capitolo.

Formeranno il contenuto del quinto, gli esperimenti, esposti nei loro dettagli, onde poterne trarre quelle conclusioni all'uopo necessarie.

Nel sesto capitolo dopo d' aver dette poche cose sul morbo di Pott per dimostrare non assolutamente vera e necessaria una lunga degenza in letto di questi infermi; dopo d' esserci alquanto intrattenuti sulla trasformazione della pelvi infantile in bacino di donna adulta, per tener presente i mutamenti indotti nelle forze fisiologiche da speciali condizioni patologiche, verremo man mano trattando del meccanismo di formazione del bacino cifotico. Anzi ci è piaciuto di studiare, via facendo, qnali sono le forze, che in condizioni normali possano dare lo allungamento del diametro bis-ischiatico, e sotto quali potenze le creste iliache si conformino ad S italiana, cose che, a quanto ci sembra, non hanno finora attirato abbastanza l'attenzione degli ostetrici.

Finalmente nel settimo diremo della denominazione e classificazione del bacino in discorso.

La seconda parte, o parte clinica del nostro lavoro comprenderà quattro capitoli: nel primo dei queli enumereremo i segni clinici come guida sicura

alla ricognizione del bacino cifotico, non mancando di dare un accenno soltanto dei caratteri differenziali fra questo e le altre viziature pelviche, che per avventura possono rassomigliarla e con cui andar facilmente scambiata.

Descriveremo nel secondo il decorso della gestazione e del parto nei bacini cifotici, presentando infine, in un quadro statistico, tutte quelle osservazioni di tal genere, che ci fu dato di raccogliere.

Nel terzo parleremo della diagnosi di questo bacino e del pronostico del medesimo: con le cifre alla mano dedotte dalle osservazioni, giustificheremo la gravezza della prognosi, qual da tutti è ritenuta; ma dimostreremo alla nostra volta, che in questo caso i numeri ottenuti, non sono la espressione del vero, e che il pronostico può farsi men triste, massime dopo d'aver discusso l'intervento così come noi lo intendiamo.

Finalmente nel quarto ed ultimo capitolo imprenderemo a studiare la terapia ostetrica del bacino delle cifotiche e la maniera d'intervenire: dimostreremo, speriamo, essere il forcipe in simili casi un cattivo istrumento, molto malamente indicato e proficuamente sostituito dalla leva; ed il parto cesareo non essere operazione di necessità, potendo essere con grandissimo vantaggio sostituito dalla sinfisiotomia.

PARTE PRIMA

Capitolo I.

Descrizione dello scheletro.

Lo scheletro che descriviamo fu preparato a secco, previa macerazione, ragion per cui mancano tutti i legamenti, che, per mantener riunite le diverse ossa che lo compongono, sono stati sostituiti da fili metallici.

Tutte le parti che lo costituiscono sono apparentemente normali, meno la colonna vertebrale: nè nelle diverse ossa da cui è composto, si trova la benchè minima traccia di rachitismo o di altra malattia ossea, all'infuori di quella indovata in corrispondenza della regione dorso-lombare della colonna vertebrale.

Gli arti inferiori sono tipicamente normali, così nel loro insieme, come nelle singole ossa di cui son composti: lo stesso dee dirsi degli arti toracici i quali messi paralleli all'asse longitudinale del tronco, superano le articolazioni delle ginocchia, corrispondendo l'estremità delle dita al sito ove nella prima età trovasi la cartilagine interepifisaria superiore.

Noi non vogliamo ritornare sulle ragioni di questa apparente maggior lunghezza, avendone detto tanto che basti nella storia clinica della donna. Apparentemente il cranio sembra essere sproporzionatamente voluminoso rispetto al rimanente dello scheletro, ma la proporzione si ristabilisce se si tiene presente la distruzione di parte della colonna vertebrale ed il raccorciamento del tronco.

Lo scheletro così preparato conserva perfettamente l'attitudine che la donna teneva durante la vita nella posizione eretta e nella deambulazione.

La colonna vertebrale è la sede di deformazioni che richiamano massimamente la nostra attenzione: in essa risiedono alterazioni e deviazioni, che alla lor volta indussero nella cintura pelvica lo allontanamento dal tipo normale, e le anomalie che studieremo.

In corrispondenza della regione cervico-dorsale superiore esiste una marcatissima lordosi, il cui maximum di convessità anteriore, corrisponde all' ultimo corpo vertebrale della regione cervicale e primi tre dorsali: la testa partecipa alla lordosi in quanto che è riversata indietro, come se fosse in permanente estensione. Il maximum della concavità lordotica è situato all' apofisi spinosa della 3ª vertebra dorsale.

La branca superiore di questo incurvamento lordotico è diretta dall' alto in basso e da dietro in avanti alquanto, di guisa che se potessero incontrarsi il suo asse con quello di tutto il corpo, formerebbero un angolo di pochi gradi: mentre che la branca inferiore formata dalla 4ª fino alla 10ª vertebra dorsale, decorre secondo una linea che cammini dall' avanti all' indietro e leggermente dall'alto in basso. Anzi può dirsi che dal 6° al 10° corpo vertebrale, la linea di direzione è quasi perfettamente orizzontale, di maniera che cade sul resto della colonna vertebrale posteriormente con la incidenza presso che dell'angolo retto. I corpi di tutte le suddette vertebre dorsali, specialmente nei loro margini anteriori, sono sensibilmente allontanati tra loro, in maniera che lo spazio destinato ai dischi cartilaginei intervertebrali ha la forma di cuneo molto acuminato, il cui apice corrisponde indietro; e mentre la base degli stessi nello stato normale misura, in media, la spessezza di mm. 4 in questo caso varia da 7 a 10 mm.

Le masse apofisarie delle regioni in parola trovansi fortemente ravvicinate tra loro, ed il margine inferiore delle apofisi sovrastanti, sono fortemente stivate contro il margine superiore delle immediatamente sottoposte, ed hanno spiccatamente cangiata la loro direzione, in quanto che mentre a colonna vertebrale normale sono dirette dall'alto in basso e dall'avanti indietro, formando col piano inferiore del corpo vertebrale presso che un angolo di 120°, in questo caso, rimanendo l'angolo quasi inalterato, restano nella loro direzione profondamente modificate, così come si modificano i piani tangenziali delle faccie in-

feriori dei corpi delle vertebre. Infatti a seconda del maggiore o minore arrovesciamento indietro della regione cervicale possono i piani in parola essere diretti d'avanti indietro e più o meno dall'alto in basso, mentre che nel maximum dello incurvamento sono quasi paralleli all'orizzonte, e nella branca inferiore si dirigono d'avanti indietro e dal basso in alto più o meno fino ad arrivare perpendicolari come in questo scheletro. S'intende benissimo che mutando la direzione dei piani, si muta altresì quella delle apofisi spinose.

A misura che dalla regione alta del dorso si discende verso le ultime vertebre ancora sane di questa regione, l'angolo di cui or ora abbiam fatto menzione, va gradatamente diminuendo fino a scomparsa completa, restando l'apofisi spinosa sul medesimo piano della faccia inferiore del corpo vertebrale.

Il 7° ed 8° corpo delle vertebre del dorso sono intimamente saldate fra loro, di maniera che ove prima esisteva il disco cartilagineo, trovasi ora una linea scabra e leggermente sporgente.

Le masse apofisarie sono perfettamente independenti le une dalle altre, meno le apofisi spinose della 3ª e 4ª vertebra dorsale che sono fra loro ossificate ne offrono particolarità alcuna, se si toglie una profondità maggiore delle gronde vertebrali per ravvicinamento più marcato delle apofisi trasverse alle spinose.

Le costole che nel loro impianto sulle vertebre sono normali, si ravvicinano fortemente fra loro fino a toccarsi, nel punto di maggiore convessità posteriore, ma a misura che si portano in avanti si divaricano l'una dall'altra in modo da pigliare presso a poco una figura come raggiata, il cui centro sia posteriormente, e la circonferenza corrisponda in avanti, di maniera che mentre gli spazi intercostali verso il terzo posteriore della loro estensione, misurano mm. 5 a 10, venendo gradatamente in avanti si divaricano sempre di più fino ad acquistare mm. 20 a 40 di estensione. La curvatura delle costole di sinistra è più uniforme ed è fatta da un raggio più corto, tanto che la estremità anteriore delle ultime costole (10ª ed 11ª) capita al di dentro del margine interno della cresta iliaca corrispondente. Le costole di destra al contrario sono egualmente arcuate, ma il raggio che produsse il loro inarcamento fu più lungo, tanto che le ultime costole sono ad un livello più basso della cresta iliaca corrispondente, passandovi all'esterno. Notiamo pure che le costole di questo lato nel loro terzo medio sono come schiacciate ed appianate, proprio da far supporre che un piano resistente avesse impedito il loro inarcarsi in modo regolare.

La cassa toracica nel suo insieme è esageratamente slargata verso le parti inferiori, ed è fortemente abbassata sul bacino ed in avanti, come pure lo sterno è stato fortemente inarcato, per la esagerazione della curva della parete toracica anteriore.

I corpi della 11ª e 12ª vertebra dorsale e quelli delle prime quattro lombari sono ridotti ad una massa informe della altezza di mm. 35 e di cui non ha conservati i suoi caratteri normali, che soltanto una residuale porzione della faccia inferiore della 4ª vertebra lombare. Questa massa, risultato della fusione dei sei detti corpi di vertebre, nei suoi due terzi superiori è tagliata quasi perpendicolarmente dall'alto in basso, è ricoverta da una lamina di tessuto osseo compatto, mentre in tutto il rimanente ne è sfornita; ed è proprio contro di questa superficie così tagliata, che si mette in contatto la faccia inferiore della 10ª vertebra dorsale, qui diventata quasi nettamente posteriore.

Questa massa di risulta, per la sua forma si avvicina più di tutto ad un cuneo rivolto con l'apice in alto; nè in essa si possono scorgere, anche lontanamente, i caratteri dei corpi vertebrali da cui fu costituita, come sono altresì scomparsi i punti di fusione fra loro.

La superficie di questo cuneo, non è coverta di osteofiti, come suole, non raramente, incontrarsi, ma è formata di trabecole ossee intrecciate fra loro, da dare tutto l'aspetto del tessuto spongioso; nè il tavolato osseo, che normalmente ricovre i corpi vertebrali esiste foss'anco in tracce: insomma su queste ossa si trovano le note caratteristiche di quelle che furono in vita sottoposte ad un processo carioso.

La faccia posteriore di detta massa è regolarmente convessa, e forma quasi la metà di un cerchio il cui raggio può valutarsi equivalente presso a poco a mm. 25 ed il cui centro descriveremo in prosieguo.

Le masse apofisarie delle vertebre in parola sono completamente fra loro saldate in tutta la estensione compresa altresì quelle della 5ª vertebra lombare, meno nella estremità posteriore delle apofisi spinose, che sono perfettamente libere, ma in apparenza più raccorciate che normalmente non siano, e gli spazii intercedenti fra loro sono evidentemente aumentati da potersi in qualcuno valutare al doppio del normale. Anzi le apofisi spinose della 12ª vertebra dorsale e della 1ª e 2ª lombare non sono più lunghe di mm. 7 e rassomigliano molto alla parte superiore della cresta sacrale; quella della 3ª è alquanto più sporgente, e quelle della 4ª e 5ª sono dirette quasi orizzontalmente indietro ed offrono pressoche caratteri normali.

Il corpo della 4ª vertebra lombare, mentre esiste in una massa residuale di forma triangolare ad apice nella linea mediana, la parte del mezzo fu completamente distrutta e vi si nota allo scoverto la faccia superiore della 5ª vertebra lombare che le sta immediatamente al disotto, anzi è notevole che tra i residui laterali del corpo della 4ª vertebra e della 5ª si hanno note ben conservate di articolazione sana.

I forami intervertebrali in corrispondenza di questo vasto focolaio distrut-

tivo, conservano i loro naturali caratteri per regolarità di superficie, ampiezza e direzione; fanno eccezione soltanto quelli che esistono fra la 3ª e 4ª che sono diminuiti di calibro.

Del forame spinale ben poco possiam riferire, non avendolo potuto esaminare se non per quanto ne permette la ispezione attraverso i forami intervertebrali, dei quali si scorge che la superficie è regolarmente convessa e concava senza formare alcun angolo o sporgenza, e le notizie anamnestiche indurrebbero a ritenerlo anche di ampiezza normale o pressoche tale.

È in corrispondenza di queste vertebre così ridotte che è situata la cifosi, la quale forma anteriormente un angolo quasi retto, il cui apice corrisponde ai residui del corpo della 4ª vertebra lombare e di cui la branca inferiore è fatta dalla 5ª vertebra lombare soltanto e la superiore dalla 10ª vertebra dorsale in sopra.

Posteriormente le apofisi spinose delle vertebre distrutte formano anch'esse un angolo ad apice molto arrotondito corrispondente all' apofisi spinosa della 2ª vertebra lombare.

Ed ora passiamo alla descrizione del bacino pria nelle singole ossa di cui si compone e poi nel suo insieme, riunendo in ultimo le loro diverse misure.

Sacro. A prima giunta si è colpiti dall' aumento dei diametri verticali di quest' osso e della diminuzione dei trasversali, proprio come se il sacro fosse stato stirato dal basso in alto, e lo acquisto nella lunghezza fosse avvenuto a scapito della sua larghezza. Lo incurvamento della faccia anteriore di quest' osso è altresì grandemente diminuito nel senso verticale, e mentre a mala pena trovasi accennato nelle parti alte, verso il terzo inferiore è più accentuato, ed a questo incurvamento partecipa altresì il coccige.

La curva trasversale del sacro è molto più pronunziata di quello non s'incontri sui bacini ben conformati , ed il maximum di detto incurvamento corrisponde alla prima coppia dei forami sacrali: da questo punto però in basso, nel mentre che lo incurvamento in parola è sempre più esagerato del normale, va gradatamente diminuendo a misura che si avvicina al 3° paio di forami, ove diventando libero il sacro dalle articolazioni con le ossa iliache, lo incurvamento trasversale scomparisce del tutto, pronunziandosi di più, come abbiam detto, la curva verticale.

Il promontorio sembra fortemente spostato in alto ed indietro, di maniera che il suo livello trovasi molto al disopra delle ali, e la distanza fra quello e gli estremi di queste, è di molto aumentata rispetto al normale. Esso non sporge per nulla quasi, di maniera che l' angolo sacro vertebrale fisiologico è ridotto nei suoi più rudimentarii accenni.

Sono perfettamente visibili, ed hanno caratteri normali le sinostosi dei di-

versi pezzi sacrali, solo in corrispondenza della fusione del 2° col 3° corpo delle vertebre spurie di quest'osso, vi esiste una soluzione di continuità scavata nella spessezza del sacro da rassomigliare ad una profonda erosione estendentesi dall'uno all'altro forame sacrale. Essa ha una forma irregolare e nella sua massima lunghezza misura circa mm. 20 ed ha profondità eguale a mm. 5 e vedesi residuata in tessuto trabecolare molto lasso e fragile da avere anatomicamente l'aspetto del tessuto osseo spongioso, e clinicamente rassomiglia ai residui d' una carie che in vita la donna soffrì o contemporaneamente al morbo vertebrale od in epoca non molto lontana da questo.

I forami sacrali sono alquanto più ampi del normale e diretti più obliquamente atteso lo incurvamento maggiore del sacro, ed hanno una disposizione alquanto irregolare.

Le ali di quest'osso sembrano addirittura atrofiche, specialmente perchè l' esagerazione della curva trasversale, rende più appariscente ancora l' atrofia reale delle stesse. Il loro impicciolimento maggiore è sito in corrispondenza del secondo corpo e del secondo paio di forami, ove spiccatamente si vede che la linea interarticolare fra sacro ed ossa iliache si ravvicina di più alla linea mediana dello stesso.

Se ora diamo uno sguardo ai margini laterali, e precisamente ai bordi anteriori, facilmente scorgiamo, che essi sono alquanto sporgenti nell'arca pelvica, come se una forza agente dall' esterno direttamente li avesse resi tali; ed essi nel loro cammino descrivono una curva a convessità interna, il cui maximum corrisponde dove abbiam segnato la massima atrofia delle ali sacrali.

I lati del sacro nel senso verticale sono tagliati come nel normale, mentre che nel senso antero-posteriore, hanno una direzione contraria alla fisiologica, di maniera che quest'osso conserva è vero la forma di cono tronco, ma mentre che verticalmente persistono i suoi rapporti fisiologici, antero-posteriormente questi sono invertiti, corrispondendo la parte più stretta in avanti.

Le superficie auricolari sono raccorciate verticalmente e più estese nel senso antero-posteriore, anzi sembrerebbe che esse si fossero prolungate d' alquanto sulla faccia posteriore del sacro. Al disotto della terminazione di queste faccette i margini del sacro sono arrotonditi alquanto, sciarpellati un po' posteriormente, e conformati a semiluna, il cui corno inferiore è fortemente tagliente.

La faccia posteriore del sacro è raccorciata ed appianata più nel senso verticale che trasversale: la sua cresta è pochissimo pronunziata, esistendo solo in accenno le apofisi spinose fuse tra loro: quella della 1ª però unitamente alle lamine quadrate, conservano grossolanamente i loro caratteri naturali. Il *hiatus* del sacro si mostra più lungo del normale, ed i corni terminali di questa doccia sono molto sviluppati: neppure l' accenno di creste sacrali laterali od almeno

la loro forma è grandemente alterata. Su questa medesima faccia si notano molto più sviluppati e sporgenti i punti di attacco dell'aponevrosi lombo-sacrale.

I fori sacrali posteriori sono anch'essi più ampi del normale hanno però un cammino meno curvo che gli anteriori.

La base del sacro per lo stiramento in alto subito dal promontorio, mostra la faccia articolare con un aumento forte d'inclinazione indietro ed in basso, come pure veggonsi alquanto più ampi ed appianati i margini superiori delle ali stesse.

Coccige. Questo piccolo osso, fatto come normalmente di tre pezzi, è saldato immobilmente alla punta del sacro: di questi l'ultimo soltanto, della grandezza e forma una piccola uliva, è mobile, essendo gli altri due anchilosati e di forma schiacciata. Le particolarità degne d' esser menzionate riguardano soltanto il primo pezzo coccigeo, nel quale le rudimentali apofisi trasverse, unitamente ai margini inferiori della terminazione sacrale, costituiscono in cerchio quasi completo lo spazio che comprendono fra loro, da poter simulare un 5° paio di forami, mentre che l'apofisi spinosa di questa stessa vertebra, bipartita, è residuata in due cornetti rivolti verticalmente in alto, i quali con le due corna del *hiatus* sacrale formano a sinistra un forame completo, ed a destra per piccolo spazio scontinuato.

Ossa innominate Queste ossa, che nella loro totalità sono alquanto atrofiche sia riguardo al loro sviluppo, come rispetto alla spessezza sembrano allontanate nelle porzioni superiori, per ravvicinarsi nelle loro parti inferiori.

La *porzione iliaca* di ciascuno di queste ossa sono molto slargate ed appianate, e le creste che le limitano superiormente hanno totalmente perduta la curva ad S che normalmente vi si osserva: però il ciglio esterno di questa cresta è molto più pronunziato dell'interno, e la spessezza della totalità di questo margine è superiore al normale in corrispondenza delle sp. il. post. sup. spessezza che si continua per tutti i $^3/_4$ posteriori di questa cresta: potrebbe dirsi insomma che lo sviluppo maggiore delle creste, fatto come abbiam detto a spese massimamente dei loro cigli esterni, corrisponde agli estremi dello impianto del muscolo grande gluteo su quest'osso.

La fossa iliaca esterna non può dirsi completamente appianata, ha però una concavità minima rispetto al normale, cosa che notasi egualmente ed in maniera più accentuata nelle fosse iliache interne. Nel centro di queste la spessezza dell' osso è completamente annullata, essa è fatta soltanto dai tavolati esterni messi a contatto da acquistare la spessezza d' un foglio di carta, e la trasparenza per la estensione quanto una moneta da cent. 10, anzi questi tavolati ossei sono anche fratturati mostrando una fessura lunga tutta la loro estensione, forse prodotta nella preparazione dello scheletro.

Le sp. il. ant. sup. sono piuttosto sporgenti, ma molto più pronunziate

sono le sp. il. ant. inf. mentre che l'inverso avviene nelle posteriori, delle quali la inferiore esiste in traccia soltanto quando la superiore è moltissimo sviluppata e lo spazio che le divide ridotto a pochi millimetri.

Le linee innominate presentano una curva molto meno accentuata di quello che osservasi sui bacini ben conformati, e le eminenze ileo-pettinee con cui si terminano sono appena accennate, e nel loro tutto vengono costituite da un leggerissimo rialzo arrotondito.

L'incisura ischiatica guardata dai lati mostrasi un po' più piccola del normale, ma regolarmente rotondeggiante, ma se si guarda dal davanti rassomiglia ad un mezzo passo di spirale, il quale incomincia dal punto ove termina l'artic. sacr.-iliaca e finisce alle spine ischiatiche che sono, come vedremo, i punti più ravvicinati.

Le *ossa pubiche* partecipano anch'esse alla atrofia generale dell'osso innominato, e presentano un corpo, il quale conserva la sua larghezza normale, ma la lunghezza è di molto diminuita. La branca orizzontale delle stesse un po' più assottigliata presenta la spina fortemente sporgente, molto accuminata ed elevasi per circa mm. 12; essa è diretta perfettamente orizzontale e guarda in avanti ed all'esterno, invece d'esser rivolta in alto ed in avanti come nel normale. Le creste sono fortemente taglienti, rivolte direttamente in alto e molto più pronunziate di quello non rinvengasi sui bacini ben conformati: le branche discendenti sono esageratamente inclinate in dietro ed indentro e nel punto ove si uniscono con le branche ascendenti dell'ischio formano come un leggiero ispessimento alquanto sciarpellato in avanti ed allo esterno.

Gli *ischi* raccorciati nel loro corpo offrono uno sviluppo quasi normale: le tuberosità ben sviluppate mostrano nel loro margine interno, là ove finisce la parte rugosa, come un margine rilevato, sporgente di circa mm. 2; le spine molto più sviluppate sono dirette indietro ed alquanto indentro, e si rendono molto sporgenti nell'area del bacino. Le branche ascendenti seguono la medesima direzione accennata nelle branche discendenti dei pubi.

La superficie quadrilatera corrispondente alla faccia interna delle cavità cotiloidi è regolarmente appianata e non fa vedere quella sporgenza nell'aia pelvica, come di regola suole verificarsi in questi bacini.

Bacino in totalità. — Nel suo insieme il bacino mostrasi profondamente alterato: a prima giunta infatti si rimane colpiti da una forte diminuzione nella sua inclinazione normale, come avesse eseguito un moto di rotazione dall'alto in basso e dall'avanti indietro intorno ad un asse trasversale, rappresentato nei suoi estremi dalle teste femorali articolate con le cavità acetaboliche. Scorgesi egualmente che il grande bacino è esageratamente dilargato nel senso trasversale per l'appianamento forte delle ali iliache e raddrizzamento delle creste delle stesse:

il distretto superiore ha perduta le sua configurazione normale ed ha acquistata una forma nettamente e regolarmente ovalare, con lo estremo più grande indietro, il cui maggior diametro, senza bisogno di misurazione, disposto nel senso antero-posteriore, supera di molto il trasversale.

A misura che da questo punto si discende verso il distretto perineale, colpisce una forte convergenza delle pareti antero-laterali, da dare a tutto il bacino e specialmente alla escavazione una forma di cono ad apice tronco, la cui base è rivolta quasi direttamente in alto, al distretto addominale.

Le creste iliache, raddrizzate nei loro incurvamenti normali, per seguire lo appianamento delle ali mostrano più estesi i diametri tra loro intercedenti, e le S. I. A. S. si trovano presso che allo stesso livello del massimo incurvamento delle creste, altresì le S. I. A. I. sono allontanate fra loro.

Il promontorio del sacro risiede ad un livello superiore di molto al piano tangenziale le linee innominate, le quali poco sporgenti, come abbiam già detto divengono molto più arrotondite allorchè si continuano nei margini anteriori delle ali del sacro, che alla lor volta hanno una inclinazione dal basso in alto e dall'esterno all'interno molto più pronunziata che sui bacini normali.

L'angolo sacro vertebrale è appena accennato, e si continua con la residuale colonna lombare formando una linea poco curva a convessità anteriore. I margini sacrali e quelli delle ossa iliache, nel punto ove si uniscono, sono alquanto arrovesciati e sporgenti.

La dirittezza anormale del sacro, specialmente nei suoi 2/3 superiori, l'aumento della curva trasversale, la sporgenza nell'area del bacino delle spine sciatiche, la diminuzione d'estensione delle incisure sciatiche, la inclinazione maggiore delle pareti antero-laterali del bacino, il raccorciamento delle medesime, nel loro insieme presentano i nuovi caratteri di viziatura, che ha acquistata la escavazione pelvica.

Il distretto inferiore poi è quello che mostra anomalie più delle altre salienti. In effetti a prima giunta si rimarca il ravvicinamento esagerato delle tuberosità ischiatiche, le quali non solo sonosi portate all'interno, ma evidentemente sono spostate indietro alquanto ed in alto: le branche ischio-pubiche tra loro poco divergenti, non solo hanno grandemente ristretta l'area dell'arcata pubica, ma l'hanno resa acuta invece che arrotondita. Anzi a questa diminuzione di capacità dell'arcata certamente concorre l'assenza di quell'arrovesciamento che fisiologicamente trovasi in corrispondenza delle sinostosi pubo-ischiatiche.

Il diametro cocci-pubico scorgesi ad occhio più lungo del bis-ischiatico.

I forami otturati conservano la forma triangolare, però gli angoli sono piuttosto accentuati da ricordare più un bacino maschile.

Le cavità acetaboliche guardano in basso e piuttosto in avanti, con grande sviluppo del ciglio cotiloideo, specialmente inferiormente.

La sinfisi pubica ha una direzione presso che perpendicolare, ed è un po' prominente da dare un accenno del becco osteomalacico fortemente arrotondito. Le cartilagini d'incrostazione di queste superficie articolari si estendono sulla faccia anteriore del corpo dei pubi per circa mezzo centimetro, e lo spazio compreso tra l'una e l'altra ha una forma a V coll'apice in basso, per modo che, mentre l'estremo inferiore di queste ossa sono ad immediato contatto, a misura che si risale ai margini superiori, vanno gradatamente allontanandosi, da acquistare in corrispondenza di questi un intervallo massimo di mm. 5.

	Altezza totale dello scheletro	mm.	1420
Distretto superiore	Diametro di Baudelocque	»	205
	Coniugata vera	»	143
	» diagonale	»	160
	Spazio utile	»	130
	Diametro obliquo destro	»	129
	» » sinistro	»	127
	» trasverso	»	125
	Microcorda destra	»	120
	» sinistra	»	120
Escavazione	Diametro antero-posteriore	»	—
	» obliquo destro	»	120
	» obliquo sinistro	»	120
	» trasverso	»	90
	Distanza fra le spine ischiatiche	»	73
	Lunghezza delle pareti laterali	»	85
Distretto inferiore	Diametro cocci-pubico	»	115
	» trasverso	»	62
	» base dell'arcata pubica	»	54
	» fra i margini posteriori delle tuberosità ischiatiche	»	95
	» obliquo destro	»	98
	» obliquo sinistro	»	98
	Distanza fra le sinostosi pubo-ischiatiche	»	45

Sacro.

Faccia anteriore	Arco secondo la lunghezza	mm.	140
	Corda idem	»	130
	Saetta »	»	25
	Larghezza a livello della linea innominata arco.	»	106
	Larghezza a livello della linea innominata corda	»	92
	Larghezza a livello dei primi fori sacrali arco	»	101
	Larghezza a livello dei primi fori sacrali corda	»	88
	Distanza dal promontorio ad una linea retta che riunisce le estremità super. delle faccette auricolari	»	34
	Distanza dal promontorio agli estremi di questa linea a ciascun lato . . .	»	58
	Lunghezza della faccia posteriore . .	»	116
	Spessezza massima	»	55

Pube.

Altezza	»	38
Larghezza	»	45
Spessezza	»	6
Distanza massima delle creste iliache .	»	270
» fra le S. I. A. S.	»	257
» fra le S. I. A. I.	»	197
» fra il centro delle fosse iliache	»	195
Estensione orizzontale degli ilei così a destra come a sinistra, ciascuno . .	»	70
Distanza fra le S. I. P. S.	»	70
» fra le S. I. P. I.	»	90
Diametro bitrocanterico	»	267
Dall'apofisi spinosa della V^a vert. lomb. alla S. I. A. S. destra	»	196
Simile a sinistra	»	196
Dalla medesima apofisi alla S. I. P. S. a destra	»	50
Simile a sinistra	»	50

Dall'apofisi spinosa della 1ª sacrale alla S. I. P. sup. a destra e sin., ciascuna	mm.	45
Dalla stessa apofisi ad una linea che unisce le S. I. P. S..	»	16
Dalla cresta sacrale alle S. I. P. I. . .	»	45
Dal bordo inferiore della sinfisi pubica alla S. I. P. S. a destra	»	175
Simile a sinistra	»	175
Dalla S. I. A. S. destra alla P S. sin..	»	260
Simile da sinistra a destra.	»	260
Dal gran troc. destro alla S. I. P. S. sin.	»	220
Simile in senso opposto	»	220
Dalla tub. sciat. destra alla S. I. P. S. sin.	»	155
Simile in senso opposto	»	155
Dalla tub. sciat. destra al mezzo delle cresta iliaca destra	»	181
Simile al lato opposto	»	181
Dalla punta del sacro alla tuber. sciat. di destra	»	72
Simile a sinistra	»	72
Distanza fra il trocantino e la tuber. sciat. destra.	»	21
A sinistra	»	21
Spazio utile tra il margine superiore della sinfisi pubica e la parte più convessa della lordosi.	»	165
Se si abbassa una perpendicolare dal centro della font. breg. la linea che rappresenta disterà:		
dalla sinfisi pubica	»	84
dalla linea bi-femorale.	»	150
dal promontorio	»	200
dal massimo della concavità del sacro corrispondente alla 5ª vertebra . . .	»	230
dalla punta del coccige	»	220

Dalla esposizione dettagliata delle misure riportate, chiaramente apparisce non soltanto la modalità di forma del bacino, ma altresì la sua simmetria perfetta, e lo spostamento che il centro di gravità del corpo subì durante la vita della donna che fu in possesso dello scheletro descritto.

OSSERVAZIONE CLINICA

Clinica Ostetrica e Ginecologica della R. Università di Napoli

Anno Scolastico 1882-83.

N. del registro 46. N. del letto 16.

Concetta Nunziata, di anni 32, maritata da un anno incirca, di mestiere fruttivendola, primipara; viene ricoverata nella Clinica il giorno 14 gennaio 1883.

Essa è di bassa statura e richiama la nostra attenzione per l'attitudine speciale che conserva nella deambulazione, e per una gobba pronunziatissima che presenta, con sede in corrispondenza delle parti basse della colonna vertebrale.

La deambulazione in questa donna non è molto spedita, anzi può dirsi che essa muovesi assai tardamente, non soltanto per le deformazioni del suo scheletro, ma altresì per lo stato di avanzata gestazione in cui si trova. In ogni modo l'attitudine che la donna conserva è la verticale, però la testa è portata in forzata estensione, movimento a cui partecipa altresì la regione cervicale della colonna vertebrale, e così la donna è costretta a guardare sempre il cielo; gli arti inferiori sono permanentemente semiflessi ed alquanto rotati allo esterno, tanto che i piedi formano fra loro nn angolo ottuso con l'apice ai talloni.

Denudata la donna si nota innanzi tutto che la colonna vertebrale è deformata, e la sua direzione è totalmente mutata, che il rimanente dello scheletro è perfetto nella sua conformazione, se togli il torace che è fortemente modificato nella sua forma, ed un' apparente maggior lunghezza degli arti superiori rispetto alla totalità della statura della donna.

Dissi apparente, perchè in realtà la lunghezza e la conformazione degli arti toracici è quale noi la possiamo trovare nelle donne meglio conformate, ma quando avremo potuto descrivere le deformazioni della colonna vertebrale, sarà lì che noi troveremo la ragione del come possa accadere, che l' estremo delle mani arrivi, anzi oltrepassi le articolazioni delle ginocchia senza lunghezza maggiore degli arti superiori.

Il torace, come abbiamo già accennato, non conserva neppure lontanamente la sua forma fisiologica: invero la sua base trovasi esageratamente slargata, e le ultime costole non solo annullano in buona parte lo spazio della cavità addominale, toccano le creste iliache, ma le superano ancora passandovi all' esterno.

La parete anteriore e le laterali sono fortemente incurvate, solo è a notarsi che mentre la parete laterale di sinistra è regolarmente convessa all'esterno, quella di destra verso il suo punto medio e per la estensione di parecchi centimetri mostrasi come alquanto appianata: sulla parete anteriore notasi l'angolo del Louis fortemente sporgente: della parete toracica posteriore ne terremo parola descrivendo la colonna vertebrale.

L'altra particolarità che richiama pure a bella prima l'attenzione, è un tipico ventre a bisaccia, il quale ricovre i genitali esterni e le regioni antero-superiori delle coscie; anzi è caratteristico che verso la parte più bassa del medesimo notasi l'ombelico alquanto sporgente ed ingrossato, da dare a tutto il ventre le sembianze come di mostruosa mammella.

Riportando tutta la nostra attenzione sulla colonna vertebrale potemmo notare ciò che segue.

Lordosi pronunziatissima in corrispondenza della regione cervico-dorsale il cui maximum d'incurvamento a concavità posteriore corrisponde verso l'apofisi spinosa della 2ª o 3ª vertebra dorsale, mentre le branche della medesima curva vengono fatte superiormente dalla regione cervicale, inferiormente dalle rimanenti vertebre dorsali. La curva però che descrive detto incurvamento lordotico è tutt'affatto regolare ed a raggio piuttosto breve. In corrispondenza della rimanente colonna vertebrale e precisamente nella regione dorso-lombare, notasi un angolo cifotico arrotondito posteriormente, le cui branche sono fatte superiormente dalle vertebre dorsali ed inferiormente dalle due ultime lombari; ed il punto più sporgente dell'angolo cifotico corrisponde presso a poco all'apofisi spinosa della 2ª vertebra lombare. Probabilmente il morbo di Pott, che causò dette deviazioni, ha dovuto distruggere 5 o 6 corpi vertebrali.

La curva del sacro a convessità posteriore che tanto bene si osserva nelle donne ben conformate, qui è non soltanto appianata, ma quasi del tutto scomparsa e le natiche sono anch'esse poco prominenti.

Le creste iliache, le quali sono per nulla od appena visibili nelle donne con regolare sviluppo di adipe e scheletro perfettamente ben conformato, nella donna in esame si notano perfettamente, nonostante che lo sviluppo nutritivo della medesima fosse regolare.

Gli organi genitali esterni portati più in avanti ed in alto, sarebbero molto appariscenti, se non fossero ricoperti dalla antiversione del ventre.

Dalla distruzione adunque di una parte della colonna vertebrale fu causata la cifosi nel sito ove l'abbiamo descritta, la quale a sua volta fece stabilire la curva lordotica di compenso nella regione dorso cervicale. Come pure lo abbassamento della porzione della colonna vertebrale situata al disopra del sito dove ne avvenne la distruzione, produsse il raccorciamento della persona, d'onde

l'apparente maggiore lunghezza degli arti superiori, la conformazione speciale della cassa toracica e la grande diminuzione di capacità della cavità addominale.

Vogliamo registrare altresì, che nella posizione eretta della donna elevando la bisaccia fatta dal ventre, e che come abbiam detto ricovre la vulva, questa vien messa allo scoverto, e si nota come essa sembri stirata in alto ed abbia perduta quella obliquità in basso ed in avanti che si riscontra nelle donne ben conformate, guardando invece in questo caso perfettamente in avanti.

Le misure della donna verremo esponendole tutte insieme dopo compiutone lo esame, anche per quanto concerne la gestazione.

Dietro nostre dimande racconta che essa è figlia di genitori sani e ben conformati e che ha fratelli e sorelle perfetti nel loro sviluppo scheletrico.

Non rammenta alcuna particolarità della sua infanzia, ricorda però che i suoi parenti le han sempre ripetuto che essa fu ben conformata fino all' età di anni due, e che d'allora incominciò a presentare deformità le quali gradatamente la ridussero nelle condizioni innanzi descritte. Non rammenta alcuna particolarità sull'inizio e decorso del morbo, che le causò le attuali alterazioni scheletriche; ricorda precisamente però, e su ciò insiste, di non aver mai guardato il letto, se togli le poche volte che vi fu astretta per febbri da cause comuni e della durata di 24 ore e qualche volta più.

Fu mestruata la prima volta all'età dl anni 20, ed il flusso un po' abbondante, fu regolare sempre per comparsa e durata, nè mai preceduto od accompagnato da fenomeni rilevabili.

L'ultima mestruazione la fa datare al 17 aprile 1882.

Di fenomeni simpatici neppur l'ombra, e nessun altro fenomeno le faceva sospettare d'essere in stato interessante, meno che la soppressione delle regole; e non essendo del tutto sfornita d'intelligenza sa raccontare che essa si fe' certa della sua gravidanza sol quando nel corso del mese di settembre incominciò ad avvertire movimenti nel suo ventre.

Per soli tre giorni nel decorso della gravidanza, soffrì gonfiore delle estremità inferiori e del volto, le funzioni dei diversi apparecchi costantemente normali.

All'esame obbiettivo si scorge completamente mancante sul volto il pigmento gravidico: poco pigmentate le areole primitive e mancanti assolutamente le secondarie delle mammelle, che offrono uno sviluppo regolare e mostrano una rete venosa sottocutanea molto appariscente; assenti i tubercoli del Roederer Montgomery, capezzolo poco sporgente ed appena erettile, colla spremitura si ha fuoriuscita di siero lattescente.

L'addome è sviluppatissimo e mostra un esemplare squisito di ventre a bisaccia, anche qui trovasi assai scarseggiante il pigmento gravidico, nessuna

specie di strie sulla pelle del ventre; solo se si solleva la bisaccia verso le regioni inguinali di ambo i lati se ne notano delle ecchimotiche ed in grande copia. Verso l'epigastrio e propriamente a destra di questa regione si vedono frequenti movimenti fetali. Non ci dilunghiamo di più sulle particolarità del ventre, avendone detto quanto basta per darne un' idea nello esame generale della donna.

I genitali esterni mostrano la mucosa di color rosso vinoso e dalla vagina si ha non scarsa leucorrea; gli arti inferiori esenti da edemi ovarici.

Riescirono infruttuosi tutti i tentativi di ridurre l' utero in posizione normale, laonde la palpazione fu fatta alla meglio. Riescì non malagevole circo scrivere il tumore uterino che occupava tutta la bisaccia addominale, aveva forma presso che ovoidea col grande asse verticale, ed era, come normalmente, un po' inclinato a destra. Si riconobbe altresì con facilità relativa la serie dei caratteri delle diverse masse fetali, e si potè riconoscere la direzione ed il punto dove era rivolto il dorso fetale. Appena appoggiata al distretto superiore si trovò la regione cefalica, la pelvi al fondo dell' utero, il dorso rivolto in avanti ed a sinistra.

L'ascoltazione, nonostante che esistesse su tutto l'ambito uterino un rumore di soffio fortemente sibillante, fece ritrovare il maximum d' intensità del battito cardiaco nel quadrante sott'ombelicale sinistro, la cui linea di propagazione dirigevasi in alto ed alquanto verso destra: il ritmo e la intensità del medesimo normali: nessun altro rumore si percepì con l'ascoltazione.

Col riscontro notasi innanzi tutto la grande difficoltà che prova il dito esploratore a penetrare profondamente in vagina essendovi ostacolato dall'angustia dello spazio compreso fra le branche ischio-pubiche e le tuberosità sciatiche.

Non si raggiunge il collo dell'utero, è quindi impossibile di notare le modificazioni stampatevi dalla gravidanza; non si raggiunge la presentazione se non portando il dito direttamente dietro la sinfisi pubica, e così anche a mala pena: non si raggiunge il promontorio sacrale.

Si nota però la vagina non molto ampia, tutta disseminata di granulazioni e sensibilissima al riscontro; si nota altresì molto chiaramente una esagerata inclinazione dei piani laterali del bacino verso lo interno dell'area della escavazione del medesimo, il cui punto di maggiore ravvicinamento all' asse sono le tuberosità ischiatiche,

Il massimo diametro uterino, diretto come abbiam detto verticalmente, misura mm. 300.

La semi-circonferenza anteriore mm. 280.

Le urine normali, le funzioni cardiache, intestinali, pulmonali e dei centri nervosi fisiologiche: soltanto è a notare che quando la donna è costretta a ri-

manere in posizione orizzontale e decubito dorsale, è presa da dispnea. Temperatura 37.

Ecco tutte insieme riunite le diverse misure rilevate dalla donna.

Altezza totale cent. 142, dei quali 77 van sul conto degli arti inferiori, e soli 65 formano la lunghezza del tronco dai trocanteri in su.

Circonferenza del torace in corrispondenza della 4ª costola	cent.	88
Circonferenza a livello dell'appendice xifoidea . .	»	101
» nel mezzo dell'addome	»	116
» passante per l'ombelico	»	110
Distanza pube-xifoidea	»	40

dei quali soltanto 10 segnano la distanza pube-ombelicale e 30 quella ombelico-xifoidea.

La distanza che intercede fra la cresta iliaca ed il margine inferiore delle costole spurie, a destra segna cent. 10, a sinistra 9, e ciò nella posizione orizzontale, ed innanzi abbiamo già riferiti gli scambievoli rapporti nella posizione verticale.

Pelvimetria esterna praticata col compasso di spessezza di Baudeloque.

Distanza fra la metà delle creste iliache .		mm.	270
» fra le spine iliache ant. sup. . .		»	255
» » » » » inf. . .		»	205
Diametro antero-poster.	distr. sup.	»	209
» obliquo destro	distr. sup.	»	230
» » sinis.	distr. sup.	»	230
» bischiatico	dis. infer.	»	63
» cocci-pubico	dis. infer.	»	115

Dall' insieme dell'esame si potè diagnosticare una gravidanza semplice verso il suo termine, con feto vivo ed in buonissime condizioni di esistenza, presentantesi per la testa probabilmente in 1ª posizione, in donna cifotica con viziatura del bacino piuttosto avanzata.

L'epoca del parto, secondo il calendario del Prof. Tibone, ricadeva il 21 gennaio 1883.

Pria di procedere oltre, vogliamo rivolgere a noi stessi le seguenti dimande per darne nel tempo istesso le risposte e le ragioni che ci sembrano le più vere:

1° Su quali criteri si basò la diagnosi dell'epoca della gestazione?

2° Quali le ragioni che impedirono il rilevare le modificazioni indotte sul collo della matrice?

3° Come in questo caso si produsse il ventre a bisaccia?

Ecco di ciascuna brevemente.

Non è un fuor d'opera tener parola della prima dimanda che ci siamo fatta, poichè, come si sarà facilmente rilevato dalla esposizione della storia clinica, mancano, si può dire, tutti i criterii, sui quali si suole ordinariamente fondare la diagnosi dell'epoca della gestazione.

Ed infatti ognuno sa che i due criterii più importanti sono il livello del fondo dell'utero ed il grado di rammollimento del collo: di questo non possiamo intrattenerci perchè non raggiunto, invece del livello del fondo uterino, vale la pena di dirne una parola. A condizioni normali il Pilla ha stabilito trovarsi il fondo della matrice ad un livello diverso e sempre crescente, a seconda delle diverse epoche della gestazione, e dicendo a condizioni normali intendevamo di scartare i casi di gravidanza multipla, d'idramnios, di presentazione trasversale del feto, ecc., a cui ben a ragione in alcuni trattati trovansi aggiunti i vizii del bacino, oltre i casi rari di eccessivo volume della testa fetale o di posizione inclinata del vertice.

Ma qui il vizio del bacino non poteva influire ad alterare la misura del fondo dell'utero, in quanto che essendo nella sua capacità normale, anzi più ampio dell'ordinario, avrebbe permesso quell'impegno della testa che suole verificarsi fisiologicamente: invece la causa che qui rendeva erroneo il risultato della misurazione, era, come a tutti è noto, la esagerata obliquità dell'utero. In vero volendo mettere da banda gli alterati rapporti fra utero gestante e cavità addominale, in questi casi in cui il feto tutto od in massima parte è passato nella bisaccia utero-addominale, non esistono più quelle condizioni che dall'autore sono volute, perchè i risultati della misurazione siano quali egli li pretende. Ecco il perchè a noi la misurazione ottenuta non servì allo scopo diagnostico, e noi vi adempimmo più per debito di rutina che per spianarci la via alla diagnosi.

Mancava addirittura il criterio della cessazione dei fenomeni simpatici, perchè mai esistiti; non ne rimanevano adunque che gli altri due soltanto, i più fallaci, e quelli ai quali ordinariamente bisogna accordare importanza secondaria, cioè l'epoca della cessazione mestruale e la data del cominciamento dei movimenti attivi del feto.

Su quest'ultimo criterio ci fondammo poco in principio, nonostante che la donna ce lo asserisse ripetutamente e con molta sicurtà, sapendo bene la variabilità di quest'epoca, e la difficoltà grande di precisarla, asserendo moltissime

volte il falso e facendo così cadere in errore. Non ci rimaneva aduque che la data dell'ultima mestruazione: ed infatti era esso per noi il solo su cui potessimo basare la nostra diagnosi, non soltanto perchè sono assai rari i casi in cui la mestruazione si continua nonostante la gravidanza, ma ancora perchè la donna era stata sempre ben regolata, era primipara, e della cessazione del tributo uterino non poteva invocarsi altra causa che la influenza matrimoniale e quindi la gravidanza. Tenendo conto poi che la data dei movimenti fetali armonizzava perfettamente con la cessazione delle regole, noi su questi criteri fallaci basammo la nostra diagnosi dell'epoca della gestazione aspettando l'epoca del parto e la misurazioue dei diametri fetali per darci la riconferma della nostra esatta o meno maniera di vedere.

Per ciò che riguarda la seconda dimanda che ci siam rivolti, assai ovvie sono le risposte, e scaturiscono facili e spontanee dallo esame stesso della donna. In essa, per verità, esiste un restringimento trasversale del distretto inferiore con forte ravvicinamento delle branche ischio-pubiche, ed il ventre a bisaccia. La anomalia di direzione del corpo dell'utero per sè sola è causa di difficoltà grave e qualche volta insuperabile, perchè il dito esploratore possa raggiungere il collo uterino, in quanto che la forte ed esagerata antiversione del corpo dee per conseguenza far muovere e dirigere esageratamente in senso opposto il collo e così a condizioni normali di bacino, l'esplorazione per quello che riguarda modificazioni del collo, può riescire negativa; si comprende benissimo che a tutti gli inconvenienti prodotti dalla viziosa direzione della matrice si ovvia ottenendone la correzione, ma vi esistono, e non sono assai rare, come nell'attuale, osservazioni in cui a tutti i patti è impossibile di riporre l'utero in direzione normale. Ma facilmente si rileva che in questo caso esisteva un altro gravissimo ostacolo perchè la esplorazione potesse dare risultato completo, ed è il restringimento dell'arcata pubica e del diametro che ne costituisce la base; queste condizioni di stenosi non permettevano al dito di penetrare profondamente in vagina, e quindi anche dal loro canto rendevano molto meno facile il raggiungere quel collo già reso inaccessibile o quasi dalla cattiva direzione del corpo dell'utero. E quando a tutto ciò si aggiunge ancora le gravissime molestie che l'atto del riscontro suscitava nella donna pel vaginismo da cui era affetta, si troverà un quadro presso che completo delle ragioni, per cui fu così poco fruttifero l'esame praticato dalla via della vagina.

Nè rimanghiamo sorpresi della impossibilità in cui ci trovammo di poter rilevare le importanti condizioni del collo uterino, avendo lo Chantreuil provate presso che le medesime difficoltà nelle sue osservazioni. — L'A. infatti si esprime precisamente così: « Il ventre è pendente ed ha la forma del così detto « detto ventre a bisaccia. L'obliquità anteriore dell'utero è talmente pronun-

« ziata che non è possibile toccare il collo della matrice col riscontro vaginale, « se non avendo la precauzione di sollevarne fortemente il fondo e di dirigerlo « indietro. »

E subito vogliamo aggiungere che in ambedue le osservazioni dello Chantreuil non solo fu possibile la riduzione dell'utero, ma non esisteva vaginismo e la stenosi era molto poco accentuata poichè nella prima il diametro bis-ischiatico misurava mm. 90, nella seconda 105; condizioni tutt' affatto opposte esistevano nel nostro caso: utero irreducibile, vaginismo e stenosi di mm. 62.

Ed ora brevemente della terza domanda.

Lo studio del ventre a bisaccia data fin dalla più remota antichità, ed anche senza toccare la quistione da taluni dibattuta, se cioè questa forma di ventre fosse o meno nota ad Ippocrate ed agli altri della antichità, certamente Moschion, Aezio, De La Motte, Mauriceau, Bartolino, Hoor, ecc., ne fanno menzione nei loro libri, nei quali, a vero dire, non si occupano o danno un capitolo speciale di questa modalità del ventre, ma la studiano evidentemente nel capitolo generale delle versioni dell'utero gestante; che anzi De Graaf, Bartolino, Wimmer, Amand, Mauriceau stesso e molti altri ne somministrano degli esempii; ma è accertato che a questo argomento fu il Deventer che portò un contributo maggiore di cognizioni tanto che a lui generalmente se ne attribuisce la scoverta, e Deventer istesso, come anche Moschion, ebbero il torto di sostenere che le obliquità uterine determinano più di frequente una presentazione trasversa del feto.

Allorchè però arriviamo alla seconda metà dello scorso secolo, non solo troviamo ostetrici che di proposito si occupano dell'argomento in parola, ma lo studio che lo riguarda è di già moltissimo progredito. Se infatti apriamo il libro dell'illustre Baudelocque e leggiamo il capitolo obliquità uterine (1) quando l'autore tratta della obliquità anteriore. Si esprime precisamente in questi termini: « Osservasi che la obliquità anteriore dell'utero, sempre poco apparente « in una prima gravidanza diviene più grande in una seconda, qualunque sia « il luogo di adesione della placenta, e si accresce in tal guisa tutte le volte « che la donna diviene incinta: di maniera che il ventre cade sulle coscie in « forma di bisaccia in quelle che hanno fatto molti figli: discende anche fino « a livello delle ginocchia in quelle che son piccolissime. » Finalmente come causa predisponente a questa speciale conformazione del ventre, accenna alla inclinazione del distretto superiore del bacino che egli, valutando da 35 a 40, chiama esagerata.

---

(1) *L'arts des accouchements*, ecc. Paris 1781, Tom. I, pag. 156-157.

Come si vede pel Baudelocque la causa del ventre pendulo non risiede che nella multiparità, ed accenna altresì alla causa della bassa statura della donna, cosa alla quale parecchi degli autori che lo seguirono non prestarono tutta quella attenzione che merita. L'autore però ha il torto di ammettere che nelle primipare non possa aversi il ventre a bisaccia, e che invece debba sempre aversi nelle multipare e nelle donne di bassa taglia, cosa la quale, a nostro modo di vedere, non è del tutto esatta, ed assai frequentemente viene smentita dai fatti.

L'Asdrubali (1) sul proposito registra che « l'obliquità anteriore si vedrà « tutte le volte che i muscoli del basso ventre abbiano perduta la loro fermezza « e che per i reiterati parti si trovino molto rallentati, nel qual caso la gravità « specifica della gravida matrice, prevalendo su di essi, porterassi tutta in avanti « favorita ancora dal declivio naturale della pelvi. » Questo autore, come si vede, poco su poco giù dice le medesime cose del Baudelocque.

Il Velpeau (2) e parecchi altri di quel tempo, senza menomamente occuparsi delle cause da cui può esser causato il ventre pendulo, ne dà i caratteri e si limita a dare i precetti come ovviare agli ostacoli che può apportare alla espulsione del feto e come curare gli inconvenienti di cui può esser causa durante la gestazione.

Ma senza citare altri nomi più o meno lontani dai nostri tempi, facendo sfoggio inutile e fuor di proposito, veniamo ai nostri giorni, e ci vogliamo limitare a citare l'autorità dello Schröder e dello Charpentier.

Lo Charpentier (3) trattato tra i più completi e più recenti, ecco quello che ne dice: « Negli ultimi mesi essa (obliquità anteriore) costituisce quello che « chiamasi ventre a bisaccia o ventre pendulo *e si comprende in quali condi-* « *zioni può esser prodotto.* La multiparità, il rilasciamento delle pareti addo- « minali, lo sventramento, il rachitismo, sono altrettante cause; e non è raro « in questi casi di trovare delle donne nelle quali il ventre riposa per dir così « sulle coscie.... »

Lo Schröder (4) enumera con maggiore precisione tutte le cause da cui il ventre pendente può esser prodotto. « C'è una forma particolare di antiversione « (dice l'autore) che si produce qualche volta alla fine della gravidanza. Questa « varietà — il così detto ventre a bisaccia — ha varie cause. Vengono in prima

---

(1) *Trattato generale di Ostetricia teorico e pratico.* Roma, 1812, Vol. I, pag. 231.

(2) *Traité complet de l'art des accouchements*, Paris 1835.

(3) *Traité pratique des accouchements*, Paris 1883, Tom I, pag. 819.

(4) *Manuale di Ostetricia*, trad. del Dott. G. Della Rocca e note del Prof. Tibone, Milano 1883, pag. 381.

« linea la floscezza grande delle pareti addominali e l'allontanamento l'uno dal-
« l'altro dei muscoli retti, poi i vizii di bacino, l'inclinazione forte dello stretto
« superiore, la lordosi della colonna lombare. » Poi l'autore continua a parlare dei gradi diversi della obliquità anteriore dell'utero.

Ecco in breve tutte le cause messe innanzi dai diversi autori per darsi ragione della formazione del ventre a bisaccia; ma dimandiamo a noi stessi su qualcuna di queste che produsse nella donna in esame l'esagerata antiversione della matrice? certamente no, ed è per questo che noi abbiam voluto fissare questo punto principalmente della osservazione presente, acciò nella enumerazione delle cause che producono il ventre a bisaccia possa mettersi, ed è degna d'entrare in categoria altresì l'*angustia della cavità addominale.*

La nostra donna infatti è primipara, le pareti addominali non rilasciate, non esiste sfiancamento della linea alba; lo stretto superiore ha una inclinazione minore della normale; non v'esiste lordosi lombare, anzi lo stato opposto, esiste è vero un bacino viziato, ma tutt'affatto contrario a quelli che favoriscono il ventre pendulo, ecc. ecc.; se nessuna di queste cause per conseguenza poteva produrlo, noi lo abbiam già detto, che per noi fu fatto dall'angustia della cavità addominale, diminuita nella sua capacità dalla estesa distruzione di parecchi corpi vertebrali e consecutivo abbassamento della base del torace verso il distretto superiore, ed ecco brevissimamente iu qual maniera l'utero potette, anzi dovette portarsi fuori del cavo addominale, producendo quella forma così esagerata di ventre pendulo.

Noi venghiamo ora a sostenere una tesi tutt'affatto opposta a quella dal Levret (1) e suoi seguaci, i quali esplicitamente sostengono che la retroversione uterina è determinata da una causa speciale, cioè quando le vertebre dei lombi sono arcuate in controsenso dello stato naturale, cioè a dire che il loro insieme descrive un infossamento in avanti, in luogo di quella convessità che esiste normalmente. Già il Baudelocque assicura di non aver potuto mai osservare un esempio che gli avesse presentata la verità di un simile vizio di conformazione, ed egli nella obliquità posteriore dell'utero da taluni autori descritta, non vede che i segni di un utero *situato verticalmente al piano inclinato dall'aperture di un bacino ben fatto*, servendosi delle espressioni stesse del Levret; e lo Schröder senza minimamente nominare la cifosi, enumera tra le cause di detta deviazione la *lordosi della colonna lombare.*

Nei casi adunque di angustia della cavità addominale, a cui dee appartenere la nostra osservazione, l'utero sotto l'influenza della gravidanza aumentando

---

(1) M. Levret. *L'art des accouchements*, ed. troisième, § 635.

gradatamente sempre di più il suo volume verso il mezzo della gestazione, trovasi decisamente asceso dal piccolo bacino nella cavità addominale, ascensione che nel nostro caso specialmente eragli di molto facilitata atteso l'annullamento del promontorio sacrale e l'ampiezza del distretto superiore.

Allungatosi nella cavità addominale ed aumentando sempre più il suo volume, la capacità del ventre non avendo spazio sufficiente per comprendere visceri ed organo gestatore, così fortemente ingrossato, contemporaneamente, quest' organo sia seguendo la sua inclinazione normale anteriore, e massime spintovi dalla branca superiore della branca cifotica, che costituisce la lordosi compensativa, si adagia contro la faccia posteriore delle pareti addominali.

Ma esaurito lo spazio della cavità ventrale e l' utero crescendo sempre più non gli rimane che crearselo artificialmente, a spese delle pareti dell'addome: ed infatti l'utero nella sua novella direzione, non potendosi sviluppare verticalmente, fa col suo fondo pria capolino fra il margine delle false costole e l'anteriore del bacino, indi progredisce e si avanza decisamente innanzi rendendo grandemente sporgente il ventre della donna: finalmente distendendosi sempre più le pareti addominali, ed aumentando il peso del fondo dell'utero in ragione diretta dell'avanzarsi della gravidanza, il soffice cuscino fatto dalle pareti ventrali cede innanzi al peso del corpo uterino così fortemente anteverso, e costituisce quella bisaccia più o meno pronunziata, che suolsi verificare nella maggioranza delle donne cifotiche.

Ecco, secondo noi, quale è il meccanismo con cui suolsi produrre il ventre a bisaccia in tutti gli individui in cui la cavità addominale è resa per qualsiasi causa angusta, massime per distruzioni ed incurvamenti della colonna vertebrale. Ed a dir vero nessuno degli autori, che noi abbiamo avuto fra mani, menziona come causa del ventre a bisaccia quella che noi abbiamo invocata per darcene la vera spiegazione; a meno che non si volesse far entrare le donne a capacità addominale molto diminuita, in *quelle piccolissime* del Baudelocque; ma noi abbiamo giè accennato che nella maggior parte delle donne piccolissime con colonna vertebrale normale, il ventre non diventa pendente.

Lo Chantreuil senza voler ammettere di regola il ventre pendulo nelle donne in discorso, ammette come ordinario il rinvenirsi lo addome solamente molto sporgente in avanti. E noi avevamo già svolte le poche idee innanzi esposte quando ci venne dato di leggere e consultare le prime due osservazioni pubblicate dallo Chantreuil nella *Gazzetta*, in cui noi abbiamo avuto il piacere di trovare quasi perfettamente condivise le nostre idee dall' ostetrico di Parigi. Infatti l'autore per spiegarsi il modo come il ventre pendente erasi formato nei soggetti delle sue osservazioni, ambedue cifotici, si esprime precisamente così: « Oltre la gibbosità quello che richiama maggiormente l'attenzione è la grande

« sporgenza del ventre, il quale non potendosi sviluppare fra le false costole e « le creste iliache, viene a cadere in avanti ed adagiarsi sulla parte superiore « delle cosce a causa della obliquità anteriore molto pronunziata della matrice. »

Parto.

Alle 3 pom. del giorno 20 gennaio la Nunziata cominciò ad avvertire quelle molestie, che sogliono preannunziare il prossimo stabilirsi del travaglio del parto: ed invero a poco a poco le contrazioni uterine rinforzate annunziarono alla donna ed a noi stessi esser essa in vero soprapparto.

Non ostante che la donna ostinatamente vi si rifiutasse, fu nostro primo pensiero di farla mettere in adatta posizione, per ottenere possibilmente la maggiore possibile correzione dell'anteversione uterina. Passate però alquante ore infruttuosamente, e persuasi che la posizione sola non bastasse ad ottenere la correzione della matrice, praticammo una adatta fasciatura del ventre, sperando di ottener da essa la riposizione dell'utero nella direzione normale, ovvero diminuire più possibilmente la sua obliquità.

Verso le 11 della notte si notò essere soddisfacente l'effetto della fasciatura, però questa riesciva alla donna grandemente molesta, provocandole una dispnea che faceva moltissimo soffrire la paziente.

Fu in questo momento che rlpetuto il riscontro, assai e sempre molesto per la donna, mentre pria non avevasi potuto nulla toccare, fu possibile raggiungere il collo uterino, che si rinvenne completamente scomparso, e l'orifizio esterno in incipiente dilatazione, tutto ciò, si comprende, osservato a mala pena, senza poter raggiungere presentazione: le contrazioni uterine regolari per comparsa, intensità e durata.

Le cose continuavano così, ma a misura che la notte si avanzava, la fasciatura si rendeva sempre più molesta e le sofferenze della donna andavano aumentandosi sempre più; e vi fu un momento in cui giudicando permanentemente corretta la matrice ed aderendo alle insistenti domande della povera paziente, tanto più che la dispnea aveva acquistato un grado molto avanzato e la donna pareva cianotica, rimovemmo un po' la fasciatura; ma quale fu la nostra sorpresa quando immediatamente vedemmo riprodursi quella anteversione che sembrava stabilmenta corretta ed al medesimo grado che pria?

Rimessa adunque la fasciatura cercando di riguadagnare il perduto, pregammo la donna di rimanere scrupolosamente nella posizione in cui era stata messa (lieve piano inclinato verso la testa), la assicurammo che quelle sofferenze sarebbero finite col parto, il quale sarebbe stato assai vicino se avesse seguiti i nostri consigli.

Dopo alquanto tempo la correzione uterina si riottiene, ed il dito esploratore tocca l'orificio uterino dilatato quanto una moneta da centes. 5; ma la donna diventa smaniosa, e le cose continuano così per tutta la notte, fra i lamenti della paziente e reiterate dimande e ripetuti tentativi di scendere dal letto e rimuoversi la fasciatura.

La dilatazione progrediva assai lentamente, ma la borsa delle membrane ben presto incominciò a formarsi, ed era molto voluminosa e fortemente allungata, ed alquanto pria che aggiornasse l'apice di questa era a pochi centimetri dall'ostio vulvare. Verso le ore 9 ant. del giorno appresso (21) quantunque la dilatazione non fosse ancora completa, ma l'orifizio uterino assai dilatabile, sotto lo sforzo di una energica contrazione della matrice, coadiuvata da una involontaria contrazione dei muscoli addominali, si ebbe rottura centrale delle membrane e colo abbondante di liquido amniotico.

Rinnovando il riscontro alquanto dopo la rottura della borsa, si trovò il vertice della testa disceso nell'escavazione, ed agevolmente si potè riconoscere una posizione occipito-iliaca-sinistra quasi trasversale.

Le doglie continuano regolari e la testa del feto mantenendo immutati sempre i suoi rapporti colle pareti pelviche, discende sempre di più fino ad arrivare alla parte media della escavazione, d'onde non più progredisce, rimanendovi come incuneata. Fu verso le 11 ant. che, nonostante, il feto fosse sempre in buonissime condizioni, notando una certa diminuzione nella intensità delle contrazioni, e la sospesa progressione della testa, tenendo altresì in molta considerazione le gravissime sofferenze patite dalla donna e la durata del travaglio istesso, che il nostro Direttore Prof. O. Morisani giudica non solo utile, ma indispensabile la pronta liberazione della donna, e si decide ad intervenire col mezzo della leva.

Si adopera a tal uopo la leva del Prof. Fabbri, ed è in un primo tempo facendola arrivare fin dietro la sinfisi pubica, la si fa capitare sulla bozza occipito-parietale anteriore (destra) e si incominciano le trazioni le quali se valsero a far aumentare la discesa della testa, non potettero però completarne la estrazione, perchè lo istrumento perdette la presa.

Ripetè l'operatore l'applicazione dello istromento, ma fece capitarne il cucchiaio sulla bozza occipito-parietale posteriore (sinistra): e servendosi della leva come pretto strumento di trazione, senza molto sforzo riescii ad estrarre la testa, con l'occipite volto alla branca ischio-pubica di sinistra. Il tronco viene espulso con grande facilità appena dopo cacciata la testa.

Il secondamento esente da qualsivoglia accidente avvenne dopo 7 minuti dal parto, previa spremitura. Gli annessi, macroscopicamente normali, avevano un peso di grm. 570, il diametro massimo placentale di cent. 19,5 e la lunghezza del cordone ombelicale cent. 60.

Nacque un feto di sesso maschile, in buonissime condizioni di salute, senza alcuna traccie della patita operazione e perfetto nella sua conformazione, mostrante il seguente sviluppo:

Peso	grm.	2800
Piccola lunghezza	cent.	27.5
Lunghezza totale.	»	50
Diametro massimo	»	13.5
» occ.-ment. . . .	»	13
» occ.-pont.	»	11
» sottocc.-breg. . .	»	9.5
» bi-parietale . . .	»	9
» bi-temporale . . .	»	7.7
» bi-mastoideo . . .	»	6.5
» bi-malare	»	6
» ment.-front. . . .	»	6.5
» ment.-breg. . . .	»	10
» bi-acromiale . . .	»	11.5
» sterno-dorsale. . .	»	7.5
» bi-trocant. . . .	»	8.5
» sacro-pubico . . .	»	5
Distanza dal vert. all' ombelico	»	26
» dall'omb. alle piante .	»	24

Puerperio.

Mese e giorno	Giorno di puerperio	Mattina p.	Mattina t.	Mattina r.	Sera p.	Sera t.	Sera r.	Altezza del fondo dell'utero	Diario clinico
Genn. 21	1				82	38.5	18	—	Il puerperio s'inizia col solito brivido, che tenuto conto della lunghezza del soprapparto e delle sofferenze della donna fu poco intenso. La puerpera si dichiara completamente rinfrancata immediatamente dopo il parto, nè delle sofferenze durate e della patita operazione rimane nel suo generale la benchè minima traccia. – Dopo un po' di tempo è presa da sonno ristoratore, ed alquante ore dopo appena sveglia chiede e beve una tazza di brodo. Tutto il resto del giorno e la notte passano senza incidenti: utero ben retratto, lochii di quantità normale, neppur l'ombra di dolore così spontaneo che provocato sulla regione uterina; urinazione spontanea, lavande vulvari antisettiche.
22	2	72	37.5	18	72	38	18	20	Utero e parametrii indolenti, addome floscio e grandemente tollerabili. Lochii relativamente abbondanti ed alquanto alterati nel loro odore: i genitali esterni normali nelle loro sembianze, non mostrano l'ombra di contusione od escoriazione, almeno fin dove è permesso di guardare. Emette spontaneamente le urine, ma è priva di benefizio ventrale da tre giorni, non si lagna di nulla ed è di umor buono. Le si prescrivono lavande vaginali con soluzione fenicata al 2 %, le si amministra un purgante oleoso e le si concedono soltanto brodi.

Mese e giorno	Giorno di puerperio	Mattina			Sera			Altezza del fondo dell' utero	Diario clinico
		p.	t.	r.	p.	t.	r.		
Genn. 23	3	68	38	18	96	39	19	18	Nella scorsa notte si hanno due scariche ventrali abbondanti e di materiale corrotto: il corpo dell'utero ben retratto mostra una certa sensibilità verso il suo fondo: i lochii sempre sanguigni sono abbondanti ed ancor fetidi alquanto. Lo stato generale della donna è lodevole e le forze ben sostenute. Si continua la dietetica liquida e si praticano durante la giornata lavande antisettiche ogni due ore. Ore 8 pom. Nessuna novità, meno un leggiero aumento nel risentimento del fondo.
24	4	84	40	19	100	39.5	21	14	La notte trascorre senza particolarità notevoli; la donna ha riposato bene, ma le si legge in viso una certa stanchezza e non è ciarliera come prima. La dolentia del fondo della matrice è aumentata in intensità e superficie; i lochii si mantengono sempre abbondanti, sierosanguigni e grandemente fluidi, ed ancor più fetenti che pria, contenenti dei brandelli come di essudato difterico. In vista delle qualità specifiche dei lochii si sospetta trattarsi di una endometrite difterica. Le si prescrivono cataplasmi caldo-umidi sulla regione dolente ed alle lavande vaginali si aggiungono lavande endo-uterine al sublimato corrosivo ($^1/_2$ $^{00}/_{00}$) due volte nel corso del giorno; internamente si amministrano alte dosi di chinina (2 gr. in 4 dosi) nelle ore della defervescenza: dietetica sempre liquida. Ore 8 pomer. Il risentimento uterino si è rapidamente diffuso a tutta la sua metà superiore; nelle ore ant. ha novello benefizio dal ventre e nelle prime ore

Mese e giorno	Giorno di puerperio	Mattina			Sera			Altezza del fondo dell'utero	Diario clinico
		p.	t.	r.	p.	t.	r.		
									dopo il mezzogiorno vien presa da intenso brivido della durata di mezz'ora, dopo di che la temperatura si eleva a 40.3. – Alle pareti laterali dell' ostio vulvare si notano come delle piccole chiazze cangrenose ricoverte da essudato sospetto. La donna è in preda d'una certa agitazione ed un malessere generale, aggravato dalla dolentia spontanea e piuttosto accentuata della regione uterina.
Genn. 25	5	94	40	19	88	38.5	19	14	Stazionario il livello del fondo dell'utero, organo flaccido e pochissimo trattabile per la sua sensibilità ancor più cresciuta: lochii come ieri. Brivido nelle prime ore del mattino molto intenso. e dopo temp. a 41°. - Le placche vulvari guadagnano in estensione e sono nettamente difteriche. La diagnosi di natura sospettata ieri, oggi che il quadro clinico è completo, diventa certa. Cura medica e dietetica come ieri. In questo istesso giorno vista la intensità e la gravezza della infezione di questa donna, fu deciso dal capo della Clinica che essa venisse segregata dalle altre donne, puerpere ed operate di ginecologia, della sala, le quali in buona parte anch'esse infette di forme puerperali, ma d' una intensità non così grave come nel nostro soggetto: insomma nonostante che si fosse in piena epidemia puerperale pure si credè opportuno allontanare una sorgente così intensa di infezioni. Vorremmo anche noi toccare la quistione dello spesseggiare dei processi infettivi puerperali nella Clinica di Napoli[1], ma la

Mese e giorno	Giorno di puerperio	Mattina p.	Mattina t.	Mattina r.	Sera p.	Sera t.	Sera r.	Altezza del fondo dell'utero	Diario clinico
									quistione fu molte volte trattata con tutta la competenza possibile, e con grande autorità dal suo Direttore. Basti solo, per dare un'idea dello stato reale dei locali, il ricordare che dovette esser adibita a sala di separazione la stanza dei coadiutori. Nel locale di segregazione si poterono mettere in pratica le misure antisettiche in maniera più rigorosa ed ispirandoci più possibilmente ai precetti Listeriani. Le precauzioni adoperate e la scrupolosità nella esecuzione dei rimedi, ci davano a ben sperare per la povera inferma. Ore 8 p. Nulla di immutato.
Genn. 26	6	104	40	20	106	39.8	20	14	Il dolore in corrispondenza dell'utero è alquanto calmato, il ventre più trattabile: i lochii sempre abbondanti e fetidi, e le placche vulvari guadagnano sempre terreno e son tuttora ricoverte da essudato difterico. Al torace destro bronchite diffusa ascoltabile massime posteriormente, ove alla base specialmente si sentono rantoli e sibili in gran copia: su tutto il torace di sinistra aumento del mormorio vescicolare. La lingua nella sua parte mediana è coriacea e come screpolata, nelle parti laterali è fortemente impaniata. La inferma è alquanto abbattuta, il respiro affannoso e si lagna di forte sete; ha passata la scorsa notte molto inquieta ed è grandemente tormentata dalle sue sofferenze. Le si amministrano brodi consumati, ed il rimanente della cura come ieri. Le lavande endouterine si portano a 3 nelle 24 ore, le placche vulvari si toccano con acido fenico e si amministra internamente una pozione espettorante.

Mese e giorno	Giorno di puerperio	Mattina			Sera			Altezza del fondo dell'utero	Diario clinico
		p.	t.	r.	p.	t.	r.		
									Ore 8 pom. Nessuna novità, meno una evacuazione abbondante e molto fetida nelle ore del pomeriggio. La donna è grandemente abbattuta.
Genn. 27	7	96	39.6	20	108	39.5	20	14	Le cose continuano come nel giorno precedente tanto riguardo ai fatti uterini come ai pulmonari e vulvari. La inferma mostrasi alquanto sollevata nel generale ed ha passata la notte abbastanza tranquilla.
28	8	110	40.3	21	100	39.5	20	13	La dolentia uterina è grandemente scemata, però i lochii si mantengono sempre i medesimi e le placche difteriche vulvari si estendono sempre di più. Nella scorsa notte la donna è stata presa da intensissimo brivido e molto prolungato, dopo del quale la temperatura è ascesa a 41°: la puerpera oltre che ansante è grandemente smaniosa, ed in corrispondenza della regione sacrale mostra una chiazza della grandezza di una mano con limiti non precisi, ove la pelle è di color rosso-chiaro, ed il suo livello alquanto rilevato rispetto a quello della cute sana circostante. — La inferma accusa in detta località un dolore urente assai intenso che si esacerba sotto la palpazione: non rimane dubbio sulla natura eresipelatosa della lesione in parola. Si raddoppiano le cure disinfettanti locali e generali e si involge il sito dell' eresipela in ovatta previamente disinfettata. La donna non ha un momento di riposo.
29	9	120	40.5	27	120	39	25	13	Le chiazze di erisipela si diffondano con certa rapidità verso le natiche e l'alto delle cosce: il resto come ieri.

Mese e giorno	Giorno di puerperio	Mattina			Sera			Altezza del fondo dell'utero	Diario clinico
		p.	t.	r.	p.	t.	r.		
Genn. 30	10	108	39	24	130	40	26	—	L'utero è stazionario: i lochii sempre abbondanti e fetidi, le condizioni bronchiali però migliorate. Le grandi labbra sono spaventevolmente tumefatte e la loro faccia interna, come tutto l'ostio vulvare ricoverto da difterismo: le chiazze eresipalecee oltre ad aver invasi i genitali esterni, guadagnano terreno verso il dorso. La donna è smaniosa, si lamenta continuamente di dolore alla vulva e bruciore nel sito dell'erisipela: la respirazione è ansante e la notte scorsa è passata vigile. S'insiste sempre sulle iniezioni endouterine, la risipela e le placche difteriche curate come ieri. Brodi e chinino, più una pozione con solfiti per epicrasi.
31	11	130	40	30	130	40	29	—	Fondo dell'utero stazionario e dolentissimo, nessun fatto nuovo a notarsi, meno l'estensione maggiore della resipela verso il dorso. La donna soffre gravissime molestie, forte inquietitudine ed è alquanto depressa. Cura solita.
Febbr. 1	12	140	40	30	130	40	29	—	Lochii sempre più corrotti e fortemente fetenti, nessun'altra novità.
2	13	150	39.3	29	150	39.5	29	—	Si notano i medesimi fatti riferiti nei giorni precedenti, ma la donna è molto aggravata, parla stentatamente, non appetisce, e le sue forze non sono più sufficienti a permetterle da sola i movimenti del corpo; polso assai debole, molto frequente e depressibile al più alto grado. Trattamento come ieri, ma la donna vi si presta assai a malincuore.

Mese e giorno	Giorno di puerperio	Mattina			Sera			Altezza del fondo dell' utero	Diario clinico
		p.	t.	r.	p.	t.	r.		
Febbr. 3	14	160	40	30	180	39.5	38	—	Lo stato della donna è gravissimo, la respirazione superficiale, i polsi filiformi ed evanescenti, di tratto in tratto emette un lamento, sente appena e risponde assai stentatamente. Nelle ore della sera la donna entra in agonia, ed alle 4 ant. del giorno 4 muore.

La necroscopia registra: ipostasi notevole a parte posteriore del tronco nessuna lesione importante negli organi toracici, le anse intestinali molto distese da gas e di color biancastro; il peritoneo liscio e lucido, e nella sua cavità si rinviene circa mezzo litro di liquido sieroso. Il fegato ingrandito ed al taglio presenta le note del rigonfiamento torbido. La milza voluminosa e molle, molto iperemica, al taglio è di color feccia di vino, e con la pressione lascia facilmente fuoriuscire la polpa dalle sue trabecole. I reni si mostrano molto iperemici, specialmente in corrispondenza della sostanza corticale e della base delle piramidi.

L'utero è molto ingrandito e del volume di circa due pugni uniti insieme. La sua cavità ha un color grigio-nerastro e manda un odore fetido. Le vene dell'utero sono tutte trombosate.

Diagnosi anatomica. Endometrite difterica con trombosi icorosa delle vene uterine. Rigonfiamento torbido del fegato. Tumore acuto di milza. Iperemia dei reni.

Clinica Ostetrica e Ginecologica nella R. Università di Pisa

DIRETTA DAL COMM. PROF. **CARLO MINATI**

CONTRIBUTO ALLO STUDIO DELLA MISURAZIONE FETALE

per il Dott. VITTORIO FRASCANI

Aiuto clinico ostetrico

I resultati un po' diversi a cui son giunti i varii autori che hanno praticata la misurazione fetale, soprattutto quando si è trattato di valutare le dimensioni dei diametri della testa, m'invogliò di ripetere nel decorso anno accademico 1885-86 da me stesso questo studio. Non essendosi verificato nell'anno passato che un numero assai limitato di parti le mie ricerche si sono svolte sopra materiale ben ristretto, ed ho potuto misurare soltanto 83 feti.

Per poter paragonare i resultati da me ottenuti con quelli di alcuni fra gli ostetrici che mi hanno in tale investigazione preceduto (Calderini, Budin, Ribemont, Marchionneschi), ho creduto ben fatto uniformarmi completamente al metodo ed alla classazione da essi tenuta.

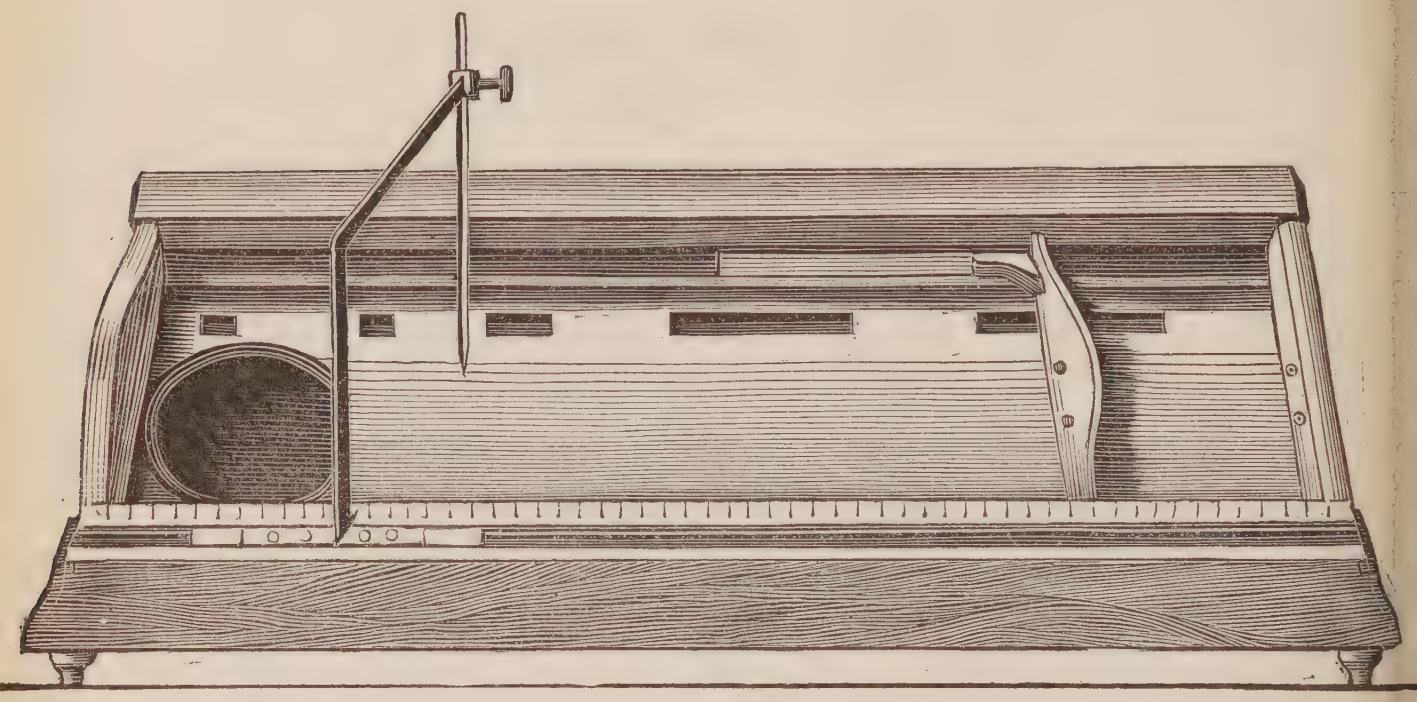
Il peso dei feti su cui si è svolto il mio studio oscilla da 2000 a 4000 gr. essendo troppo poche le osservazioni di feti di peso inferiore o superiore per poterne fare delle medie ed inferirne delle conclusioni. Come gli autori sopracitati ho separati i maschi dalle femmine per potere poi stabilire un paragone fra le dimensioni fetali dei primi e quelle delle seconde, e poi sì degli uni che delle altre ho fatte quattro classi.

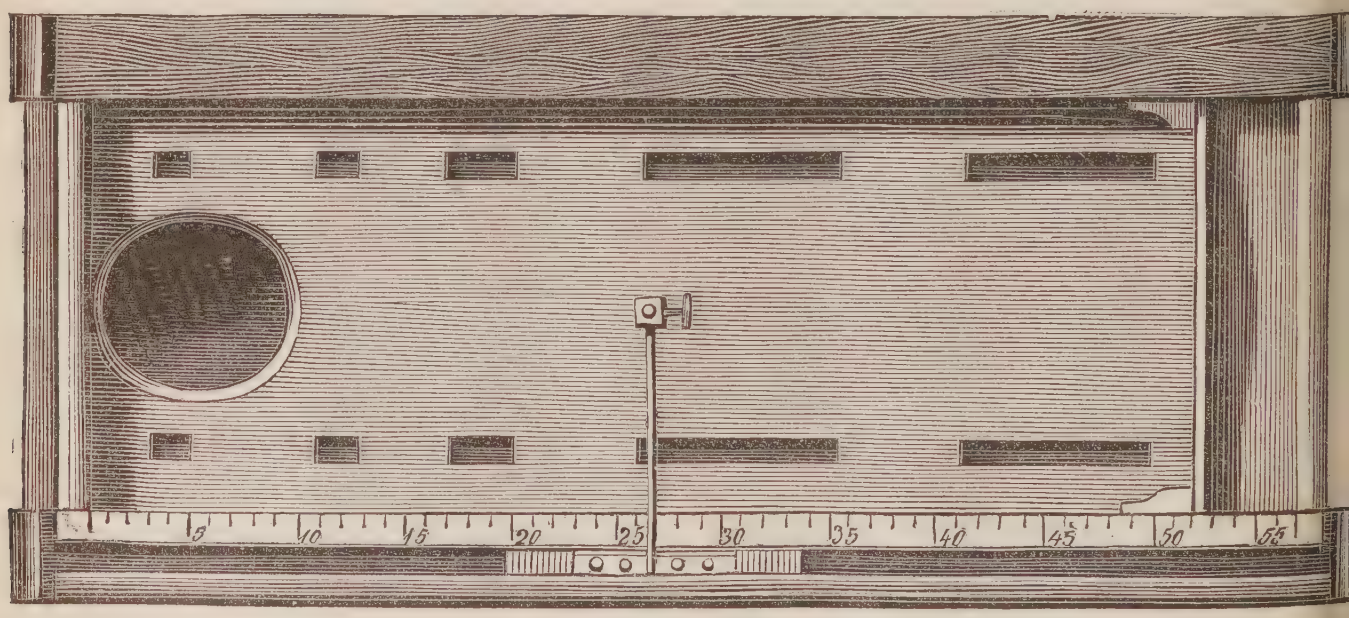
La 1ª delle quali comprende feti pesanti da 2000 a 2500 gr.
» 2ª » » » » » 2500 a 3000 »
» 3ª » » » » » 3000 a 3500 »
» 4ª » » » » » 3500 a 4000 »

La valutazione del peso e la misurazione dei diametri fetali è stata fatta qualche volta immediatamente dopo la nascita, il più spesso dopo 6 o 7 ore, giammai in un'epoca più lontana dal parto di 12 ore.

Per la valutazione del peso mi sono servito di una bilancia che è stata resa adatta allo scopo, sostituendo ad uno dei comuni piatti circolari uno rettangolare con cuscino, come se ne trovano del resto in tutte le Maternità, bilancia che venne anche verificata.

Per la misurazione della lunghezza totale del feto e delle distanze dall' ombelico al bregma, che il più spesso non vengono prese con esattezza senza congegni speciali che immobilizzano il feto, per ragioni a tutti note, mi sono servito di un apparecchio ingegnosissimo immaginato e fatto costruire dall'illustre Direttore della Clinica, di cui ecco le figure.





Si compone di un telaio rettangolare di legno lungo 59 ctm., largo 27, alto 4, che ha un fondo presentante varie aperture longitudinali ed una circolare del diametro di 6 ctm. destinata ad accogliere la regione occipitale del feto, mentre le altre servono per fissarne gli arti inferiori per mezzo di nastri su questo piano sul quale ogni volta che si eseguisce una misurazione si distende uno strato di ovatta. Oltredichè questo fondo può scorrere nel senso longitudinale onde potere porre la regione bregmatica del feto così immobilizzato ad immediato contatto del lato superiore ed interno di questo apparecchio, che viene così a costituire una cassetta rettangolare scoperta. La faccia interna delle due pareti laterali della cassetta è incavata in maniera da poter accogliere e permetter loro di scorrere nel senso longitudinale due asticelle pure di legno che si riuniscono alla loro estremità inferiore ad angolo retto con una tavoletta trasversale destinata a mettersi ad immediato contatto con la regione plantare del neonato che così ha la sua estremità bregmatiche a contatto immediato col bordo superiore fisso della cassetta, la estremità podalica colla controparete mobile per potersi spostare secondo la varia lunghezza dei feti. — Il margine superiore del fianco destro della cassetta porta una lamina misuratrice di ottone divisa in centimetri e millimetri, ed è canaliculato in maniera da potere far scorrere nel suo interno un cursore di legno su cui è avvitata una squadra metallica alta 9 ctm., larga 12, tanto che un pernio mobile dall'alto al basso che questa porta alla sua estremità, lasciato cadere fino sul fondo della cassetta ne percorrerebbe la linea mediana. La punta di questa asta metallica che può scorrere dall'alto al basso e dal basso all'alto si può, spostando il cursore, portare su tutti i punti della linea mediana del feto; allora per vedere a quale distanza della lunghezza totale del feto si trova il punto da noi preso in considerazione basta guardare un piccolo indice apposto nel luogo d'inserzione della squadra sul cursore, indice che quasi lambisce la lamina graduata ed avremo la distanza precisa. Lo stesso dicasi per la lunghezza totale, nel qual caso basterebbe anche guardare semplicemente a qual punto della scala graduata corrisponde la faccia interna della controparete mobile della cassetta che è in contatto della regione plantare.

Per la misurazione dei diametri della testa mi sono servito sempre del cefalometro di Budin, costruito da Collin, appartenente alla Scuola, cefalometro che permette di constatare le differenze anche di un mezzo millimetro. Tale strumento è descritto e rappresentato nella raccolta di Budin « *Obstetrique et Gynecologie*, *Recherches cliniques et experimentales*, a pag. 62-63.

Intanto credo bene di esporre le tavole le quali mentre, come sopra ho detto, sono compilate con lo stesso ordine tenuto dai signori Budin, Ribemont e Marchionneschi, ne differiscono per il fatto che molti diametri da quelli autori non studiati sono da me stati presi in considerazione.

Queste le tavole; vediamo ora se con un accurato studio di esse se ne

possono inferire resultati di una certa importanza, specialmente a stabilire la media delle dimensioni fetali, valutazione che noi faremo per la prima.

Ho creduto bene io pure di togliere la media della lunghezza, del peso, dei diametri e delle circonferenze della testa fetale dalle Tavole V e VI, ossia da quelle risultanti dalla misurazione di feti che pesavano da 3000 a 3500 grammi, perchè tenendo conto dell'epoca dell'ultima mestruazione e del peso si può giustamente ritenere che avessero raggiunto il loro termine e per potere stabilire confronti coi Dottori Budin, Ribemont e Marchionneschi, che avanti di noi si sono occupati di questo soggetto; ecco i resultati:

Peso	grm.	3269,13
Lunghezza totale	ctm.	49,61
Distanza dall'ombelico al bregma .	»	26,78
» dall'ombelico ai piedi . .	»	22,83
Diametro occipito-mentoniero . .	mm.	122,89
» massimo	»	128,36
» occipito-bregmatico . .	»	94,90
» occipito-frontale . .	»	112,70
» inio-nasale . . .	»	111,76
» biparietale . . .	»	88,76
» bitemporale . . .	»	78,63
» bizigomatico . . .	»	70,36
» bimastoideo . . .	»	71,06
» biasterico	»	75,36
» mento-facciale . . .	»	69,69
» mento-bregmatico . .	»	98,33
» trachelo-bregmatico . .	»	93,76
» sottocipito-frontale . .	»	104,86
» sottocipito-bregmatico .	»	95,10
» sottocipito-mentoniero .	»	95,49
» biacromiale . . .	»	114,36
» bitrocanterico . . .	»	91,30
» bisiliaco	»	71,06
Circonferenza occipito-frontale . .	»	337,66
» massima occipito .	»	362,66
» occipito-bregmatica .	»	307,00
» faciale	»	266,60
» mento-bregmatico .	»	311,33

Quanto al peso ho trovato che nella sopracitata classe di feti considerati da me come a termine la media era di grm. 3269,13, cifra che non si discosta

molto da quella di Hecher, di Budin e di Marchionneschi, e che ridotta in termini numerici più semplici può essere sostituita dall'altra, 3260.

Quanto alla lunghezza totale, della quale dalle mie misurazioni ho ottenuto una media di ctm. 49.61, si può dire oscilli fra ctm. 49 1/2 e 50, cifre che poco si discostano da quelle registrate ne' vari autori.

Per il diametro occipito-mentoniero che presi ponendo un bottone del craniometro Budin alla parte più culminante della protuberanza occipitale-esterna e l'altro sull'apice del mento ottenni una media di mm. 122.89, media che ridotta in cifra rotonda per stabilire un parallelo cogli altri ostetrici che mi hanno preceduto in tale misurazione, può essere più semplicemente rappresentata da ctm. 12 1/2. Ma tutti gli autori non sono d'accordo nell'ammettere che dall'apice della protuberanza occipitale esterna a quello del mento in un feto a termine destino solo ctm. 12 1/2. Infatti dando un'occhiata ad alcuni trattati, fra i quali a quello di Gustavo Braun, a quello di Cazeaux e Tarnier, e a quello di Schröder per non citarne altri, al paragrafo in cui si parla delle dimensioni della testa del feto a termine, si trova che in generale a tale diametro occipito-mentoniero è stata attribuita una lunghezza di ctm. 13 1/2, ed anche nella interessante monografia di Budin e Ribemont è assegnata al diametro di cui attualmente ci occupiamo, una media di 13 ctm.

Il solo Marchionneschi nella sua importante memoria, *Fetometria*, a pagina 54, registra pel diametro in questione ctm. 12,27, resultato che va d'accordo col mio di mm. 122,85, o più semplicemente ctm. 12,28, o più semplicemente ancora ctm. 12 1/2.

Ma oltre questo diametro che ha i limiti sopracennati ho voluto ripetere scrupolose osservazioni alla ricerca e alla determinazione del diametro massimo su cui richiamò l'attenzione Budin. Certo è che ponendo un bottone del craniometro in corrispondenza dell'apofisi mentoniero e facendovi centro, portato l'altro bottone alla protuberanza occipitale esterna ed avuto così il diametro occipito-mentoniero, se noi facciamo rimontare il bottone posteriore lungo la linea mediana della volta del cranio in un dato punto l'apertura del craniometro aumenta di circa un mezzo centimetro per diminuire poi se spostiamo in avanti tale branca posteriore. Questo punto maggiormente distante dall'apice del mento della protuberanza occipitale esterna è il limite posteriore di sede pur troppo non precisamente determinabile del diametro massimo che indubbiamente esiste. Valutata tale distanza o tale diametro massimo ottenni mm. 128,36, o più semplicemente 13 ctm., cifra inferiore di un mezzo centimetro a quella ottenuta dall'illustre Budin. Ma anche per la valutazione del diametro occipito-mentoniero, l'ostetrico parigino non è completamente d'accordo con noi, dandoci come misura media di esso 13 ctm., mentre noi abbiamo ottenuto per il me-

desimo ctm. 12 1/2, differenza che presentandosi uguale in due stessi diametri che hanno un limite comune, mi pare si potrebbe anche ascrivere a condizioni etnografiche.

Misurando la distanza fra la protuberanza occipitale esterna e il bel mezzo della fontanella anteriore, ho avuto una media di mm. 94,90, ossia di ctm. 9,49, resultato che non starebbe (diametro occipito bregmatica) d'accordo con quello dato dal Dott. Marchionneschi, ctm. 8,69, e che ne differirebbe di quasi un ctm. Anche il Dott. Auvard (1) ha misurato la distanza dalla protuberanza occipitale esterna (inion) e la parte centrale della gran fontanella e l'ha chiamata diametro inio-bregmatico; ha ottenuto una media di mm. 93,05, che si accosta moltissimo alla mia 94,90.

Per il diametro occipito-frontale preso dalla protuberanza occipitale esterna al centro di una linea immaginaria orizzontale che riunisca le due gobbe frontali laterali abbiamo ottenuto mm. 112,70, o in cifra più tonda, ctm. 11 1/2. Insisto sul punto preciso in cui ho applicato il bottone del craniometro anteriormente, perchè ponendolo in corrispondenza della radice del naso, come consiglia anche Budin (2), si viene ad ottenere piuttostochè un diametro occipito-frontale, un diametro occipito-glabellare o inio-nasale, come altri, fra i quali Auvard, hanno voluto chiamarlo, che come più volte ho sentito ripetere anche dal mio illustre maestro Prof. Minati, nella maggior parte dei neonati è di qualche millimetro inferiore al diametro occipito-frontale, differenza del resto subordinata all'angolo che fa la fronte colla faccia. Infatti, io mi sono dato la pena di misurare anche questa distanza dalla protuberanza occipitale esterna alla radice del naso ed ho verificato che nella maggioranza de' casi è inferiore all'altra dalla medesima protuberanza al mezzo della linea orizzontale testè mentovata fra le due gobbe frontali e nelle medie avendo ritenuta per quest' ultima la denominazione di diametro occipito-frontale e per l'altra quella di inio-nasale, mentre ho ottenuto come sopra ho detto per il primo mm. 112,70, per il secondo ebbi 111,76, media che si discosta poco da quella di Auvard, per il medesimo diametro inio-nasale di 113,35.

Il diametro biparietale preso fra le due bozze parietali è risultato in millimetri 88,76; per il bitemporale preso dall'origine della sutura fra il frontale e il parietale di un lato a quella del lato opposto ho ottenuto mm. 78,63.

Ho misurati poi i tre diametri bizigomatico, bimastoideo e biasterico, sul quale ultimo ha richiamata l'attenzione Auvard (3); per far ciò mettevo il feto in posizione supina, la testa coll' occipite poggiato sul piano della tavola ove

---

(1) Auvard. *De la pince a os et du cranioclaste*, Paris, 1884, pag. 20-21.

(2) Budin. *Obstetrique et Gynecologie - Recherches cliniques et experimentales*, Paris 1886, p. 60.

(3) Auvard. Loco citato, pag. 16-17.

facevo i miei esami, e tenuta ferma da un assistente. Collocatomi in maniera che il bregma fetale corrispondesse al mio petto, afferrate le due branche del craniometro una per mano, e divaricandole, procedendo dall'alto al basso, applicavo prima i bottoni dello strumento ai punti più sporgenti delle tuberosità malari per avere il diametro bizigomatico, in corrispondenza delle rudimentali apofisi mastoidee, per avere il diametro bimastoideo e in corrispondenza dei due angoli ossei dei temporali a livello della fontanella laterale posteriore (Asterion), per avere il biasterico, ed ottenni le misure che nelle tavole, di cui ecco le medie:

Diametro bizigomatico	. . .	mm. 70,36
» bimastoideo	. . . .	» 71,06
» biasterico	. . . .	» 75,31

cifre, specialmente l'ultima, che sta d'accordo coi risultati ottenuti da Auvard.

Dalle varie misure prese a stabilire il diametro mento-facciale ho ottenuto una media di mm. 69,69; ossia ctm, 6,96, o in cifra più rotonda di ctm. 7. Tale cifra che si accorda con quella data per tale diametro dal più volte rammentato Dott. Marchionneschi, è differente invece da quella che si trova in molti autori, Joulin, Braun, Scanzoni, Madame Boivin, ecc., i quali attribuirono a tale diametro un'estensione maggiore; tale differenza deve scaturire dal punto diverso in cui si applicò il bottone superiore del craniometro che essi portarono probabilmente alla parte più alta della fronte, come consigliava fra i molti anche il Prof. Balocchi (1); nelle mie ricerche fissato uno dei bottoni al mento l'altro l'ho portato nel centro della solita linea che riunisce le due gobbe frontali-laterali, ossia al disopra della glabella, e in tal guisa credo debba essersi regolato il sopracitato Marchionneschi per ottenere una media che pochissimo dalla mia differisce. Tale distanza, che sarebbe più esatto anche secondo il parere di altri, denominare diametro mento-frontale, non va confuso col mento-nasale di Auvard che ha una media di 46 mm.

Per il mento bregmatico, distanza compresa dal mento alla parte media della fontanella anteriore ho ottenuto una media di mm. 98,33, ossia di 10 ctm., che poco differisce da quella data da Auvard nell'opera sopra rammentata in mm. 102,02.

Lo stesso dicasi per il diametro trachelo bregmatico preso da noi dall'angolo di riunione del collo e del mento, e la parte media della fontanella bregmatica, per il quale le nostre misurazioni ci hanno dato una cifra media di mm. 93,76, poco dissimile da mm. 96,15 ottenuta da Auvard nella valutazione

(1) Balocchi. *Trattato di Ostetricia,* pag. 248.

di tale distanza che egli chiama diametro sottomento-bregmatico, e da quella data da molti autori, Joulin, Scanzoni, Jacquemann ed altri. Marchionneschi attribuisce a questo diametro una media di 10 ctm., media che mi pare un poco esagerata per il diametro trachelo-bregmatico che deve essere sempre minore del mento-bregmatico, che ha una media di 10 ctm., convincendosi anche la sola ispezione della regione mascellare inferiore che il mento si trova in un piano molto più basso, e quindi dista dal centro della fontanella bregmatica più che l'angolo di riunione del collo e del mento.

Per le tre distanze ottenute applicando un bottone del craniometro in corrispondenza dell'angolo formato dalla nuca e dall'occipite, e l'altro prima in corrispondenza della parte centrale del bregma, poi sul mezzo della solita linea immaginaria che riunisce le due bozze frontali, e poi sulla punta del mento, distanze dette diametri sottoccipito-bregmatico, sottoccipito-frontale e sottoccipito-mentoniero, ho avute le medie seguenti:

Diametro	sottoccipito-bregmatico .	mm.	95,10
»	sottoccipito-frontale . .	»	104,86
»	sottoccipito-mentoniero .	»	95;49

Il diametro sottoccipito-bregmatico è stato misurato anche dai Dott. Budin e Auvard ed hanno ottenuto, il primo mm. 94, il secondo mm. 96,80, cifre che stanno giusto accanto alla mia.

Nel lavoro di Auvard più volte rammentato trovo la cifra di mm. 105,05, da lui data per un diametro che egli chiama sottoccipito massimo, cifra che differisce pochissimo dalla mia, ottenuta per il diametro sottoccipito-frontale mm. 104,86. Egli dà come limiti di tale diametro l'angolo di riunione del collo e dell'occipite, e l'estremo della sutura sagittale da quest'angolo. Quantunque le nostre cifre siano d'accordo non così può dirsi dei limiti delle due distanze, perchè io posi sempre un bottone del craniometro nel mezzo delle due bozze frontali ottenendone i resultati che sopra. Oso credere però che anche il Dottor Auvard, il quale ha dato come limite anteriore di questo diametro, che egli chiama sottoccipito massimo, l'estremo della sutura sagittale il più lontano dall'angolo formato dal collo e dall'occipite debba aver posto nelle sue misurazioni il bottone del craniometro più avanti, ossia presso il punto dato da noi come limite anteriore della distanza in quistione.

Infatti ammettendo che il bregma sia la parte occupata dalla fontanella anteriore (1) ammettendo che la sutura sagittale termini all'angolo posteriore della fontanella bregmatica, il Dott. Auvard misurando il diametro sottoccipito massimo, per il quale, ripeto, egli dà per punti di ritrovo il solito angolo fra

(1) *Enciclopedia Medica Italiana,* pag. 2464, vol. I, Parte II.

la nuca e l'occipite, e la parte più distante della sutura sagittale, dovrebbe ottenere una media minore che misurando la distanza fra questo angolo e la parte centrale della fontanella bregmatica, essendo questo punto ultimo più lontano dall'angolo fra la nuca e l'occipite che non l'estremo anteriore della sutura sagittale. Invece egli alla prima distanza, che è minore della seconda, e che egli chiama massima, assegna per media mm. 105,05, alla seconda, che è maggiore della prima, mm. 96,81. Dunque, secondo me, il Dott. Auvard nel suo lavoro tanto accuratamente redatto, non ha riferito con esattezza il limite anteriore di tale distanza, il punto preciso cioè in cui poneva uno degli estremi del suo misuratore nella determinazione della lunghezza di tale diametro sottoccipito massimo che pare ragionevole ammettere, non sia altro che quello che gli autori ed io nel presente lavoro chamiamo sottoccipito frontale.

Le circonferenze da me studiate sono: la occipito frontale, la massima, l'occipito-bregmatica e la mento-bregmatica che passano per gli estremi dei diametri omonimi; la misurazione della circonferenza faciale la faceva fissando il nastro misuratore sul mento, sulle tuberosità malari e sulla gobba frontale di un lato per andare, facendola passare per i punti omonimi del lato opposto a ritrovare il punto da cui era partito. La tavola XI ci dà:

Per la circonferenza occipito-frontale mm. 337,66, ossia ctm. 34.
Per la massima mm. 362,66, ossia ctm. 36 1/2.
Per l'occipito-bregmatica mm. 307, ossia ctm. 31.
Per la mento-bregmatica mm. 311,33, ossia ctm. 31 1/2.
Per la facciale mm. 266,60 ossia ctm. 27.

medie che differiscono poco da quelle date fin qui dagli ostetrici.

Nella tavola XI fatta per mostrare le medie riunite di 15 feti maschi e di 15 feti femmine pesanti da 3000 a 3500 grm., si trovano registrati i resultati della misurazione dei diametri biacromiale, bitrocanterico e bisiliaco, circa i quali credo inutile insistere sui punti di ritrovo, limitandomi a dire, per togliere ogni dubbio che determinando il diametro bisiliaco, ho cercato per quanto era possibile di porre i bottoni del craniometro in corrispondenza delle spine iliache anterior-superiori; ecco le medie:

Diametro biacromiale . .	mm.	114,36	ossia	ctm.	11 1/2
» bitrocanterico .	»	91,30	»	»	9 1/2
» bisiliaco . . .	»	71,06	»	»	7 1/2

Nulla d'importante si può inferire da queste cifre che ci danno solo la media approssimativa di tali distanze e che si trovano registrate pressochè uguali in molti trattati.

Qualche deduzione invece di un certo interesse si potrebbe trarre analizzando nella stessa tavola XI le medie di questi diametri separatamente nei maschi e nelle femmine.

Si ha infatti:

	Diametro biacromiale	diam. bitrocanterico	diam. bisiliaco
Maschi	mm. 114,46	mm. 91,28	mm. 70,46
Femmine	» 114,26	» 91,33	» 71,66

Che cosa dicono queste cifre?

Che il diametro biacromiale è leggermente più lungo nei maschi, che il bitrocanterico è pressochè eguale ne' due sessi, che il bisiliaco è sempre maggiore nelle femmine, fatto che starebbe contro l'opinione di Schröder e conformerebbe quanto alcuni ostetrici ed embriologisti sostengono che, cioè, anche nel bacino del neonato vi è un'impronta sessuale rivelata nelle nostre misurazioni dal divaricamento maggiore delle ali dell'osso innominato nelle femmine, per il quale si è trovata maggiore la distanza fra le due spine iliache anterior-superiori. Ma le cifre grossolane relative a questi diametri ottenute come abbiamo fatto noi, potrebbero portarci ad erronee conclusioni, ad evitare le quali bisognerebbe potere stabilire i nostri studi comparativi su feti di sesso differente ma di peso e di sviluppo uguale, cosa che non ho potuto fare per lo scarso numero di parti che si sono verificati, ma che non trascurerò se me se ne presenterà l'opportunità.

Quanto alle distanze ombelico-cefalica ed ombelico-podalica le mie tavole sono là per dimostrare vero quanto dice il Pastorello, Playfer ed altri, che cioè la prima è sempre superiore alla seconda in un feto a termine e per dimostrare che la legge dello Chaussier che ammetteva come carattere di un feto a termine l'eguaglianza delle due distanze, legge alla quale era stata data tanta importanza non solo in ostetricia, ma anche in medicina legale è falsa. Si osserva infatti la tavola XI stabilita su feti ritenuti a termine troviamo:

	Lunghezza totale	Distanza dall'ombelico al bregma	Distanza dall'ombelico ai piedi
Maschi	ctm. 49,70	ctm. 26,90	ctm. 22,80
Femmine	» 49,53	» 26,66	» 22,87

Del resto poi anche in feti di peso superiore tanto maschi che femmine abbiamo gli stessi rapporti, ossia la superiorità della distanza ombelico cefalica alla ombelico podalica.

Si osservi la tavola VII che dimostra quanto abbiamo detto.

	Lunghezza totale	Distanza dall'ombelico al bregma	Distanza dall'ombelico ai piedi
Maschi	ctm. 51	ctm. 27,80	ctm. 23,20
Femmine	» 51,75	» 27,91	» 23,84

Il Dott. Marchionneschi nel suo importante lavoro a proposito dei rapporti di queste due distanze conclude che nei feti maschi, sia di peso medìo, sia di peso a questo superiore o inferiore la distanza ombelico bregmatica supera la ombelico podalica. Ma passando alla divisione delle femmine conclude che « nelle femmine a termine la lunghezza ombelico cefalica è più piccola, quindi « la inserzione ombelicale in esse è più alta. » Aggiunge di più che questo caratteristico segno desunto dalle medie delle sue tavole diviene sempre più distinto e marcato con il crescere dei pesi nei soggetti medesimi (1).

Su tale conclusione essendo stata fissata l'attenzione dal Dott. Budin che vi fece qualche osservazione critica (2), non insisto e passo tosto a vedere che cosa dicono le mie tavole:

	Lunghezza totale	Distanza dall'omb. al bregma	Distanza dall'omb. al piedi
Maschi:			
1ª Classe (peso da 2000 a 2500)	ctm. 46,21	ctm. 25,14	ctm. 21,07
2ª Classe (peso da 2500 a 3000)	» 48,18	» 25,81	» 22,37
3ª Classe (peso da 3000 a 3500)	» 49,78	» 27,02	» 22,76
4ª Classe (peso da 3500 a 4000)	» 51	» 27,80	» 23,20
Femmine:			
1ª Classe (peso da 2000 a 2500)	» 45,57	» 23,85	» 21,72
2ª Classe (peso da 2500 a 3000)	» 48	» 25,50	» 22,50
3ª Classe (peso da 3000 a 3500)	» 49,53	» 26,66	» 22,87
4ª Classe (peso da 3500 a 4000)	» 51,75	» 27,91	» 23,84

Dunque dalle mie tavole risulta che tanto nei maschi quanto nelle femmine sia di peso medio che inferiore o superiore la distanza ombelico bregmatica è sempre maggiore della ombelico podalica.

Vediamo ora se esaminando le tavole IX e X che ci presentano le medie delle quattro classi dei maschi e delle femmine, si può indurre ciò che Budin e Ribemont stabilirono che cioè non è il sesso ma il peso del feto che fa variare il volume della testa e la lunghezza totale e che i diametri della testa e la lunghezza del feto non sono a peso uguale maggiori nei neonati che nelle neonate come avevano asserito Pfankuch, Simpson ed altri basandosi su dati stati-

(1) Marchionneschi. *Fetometria*, pag. 69.

(2) Budin. Loco citato, pag. 205.

stici dimostranti che il numero dei maschi nati morti in un determinato numero di donne era maggiore del numero delle femmine e che il numero delle madri morte per causa del parto era maggiore quando davano alla luce feti maschi che feti femmine e conclusero quindi che dipendeva questa maggiore mortalità dal maggior volume della testa nei primi. La conclusione di Budin e di Ribemont che venne confermata dall'illustre Dott. Marchionneschi, mi pare salti fuori anche dando un' occhiata alle singole 83 osservazioni, dalle quali è originato il presente lavoro, non che dalle tavole sopra ricordate ove risulta chiaro che nella gran maggioranza di feti di qualunque sesso e classe essi sieno, ove il peso è maggiore, tali sono la lunghezza, i diametri della testa.

Le tavole IX e X ci confermano poi chiaramente ciò che è stato già detto, che cioè la lunghezza, i diametri e le circonferenze della testa aumentano progressivamente col crescere del peso degli individui; infatti pigliamo ad esempio nella classe maschi la lunghezza e il diametro massimo.

1ª	classe	peso	grm.	2235	lungh.	ctm.	46,21	diam. mass.	mm.	119,71
2ª	»	»	»	2755,25	»	»	48,18	»	»	126,12
3ª	»	»	»	3263,94	»	»	49,78	»	»	128,15
4ª	»	»	»	3767,14	»	»	51	»	»	133,14

e così si potrebbe esemplificare per gli altri diametri e circonferenze.

Tale aumento delle dimensioni della testa e della lunghezza del corpo che, come è detto ne' lavori di Budin e di Ribemont, progredisce col crescere del peso, non è a questo aumento proporzionale, ed anche ciò è dimostrato nelle tavole IX e X, dove si vede che mentre la differenza di peso dalla prima alla quarta classe è quasi del doppio la differenza della lunghezza e dei diametri, pure evitando è molto meno di quella accentuata.

Si osservi infatti la seguente tabella ove sono messi a confronto il peso, la lunghezza totale e il diametro massimo della 1ª e 4ª classe.

	Peso	Lungh. totale	Diam. massimo
1ª classe	grm. 2235 —	ctm. 46.21	mm. 119,71
4ª » »	3767,14	» 51 —	» 133,14
Differenza	grm. 1 532,14	ctm. 4,79	mm. 13,43

Questa tabella ci dice che mentre per rapporto al peso fra la 1ª e 4ª classe corrono grm. 1532,14, riguardo alla lunghezza totale e al diametro massimo scelto per esemplificare anche nei diametri la differenza è molto minore, cioè ctm. 4,79 per la prima, mm. 13,43 per il secondo.

RASSEGNA

Dott. **Flavio Valerani.** — Contributo all'amputazione utero-ovarica sopravaginale.

Con questo titolo è uscito un opuscolo estratto dalla *Gazzetta delle Cliniche*, scritto dal Dott. Flavio Valerani. L'egregio chirurgo, già meritamente conosciuto per varie e brillanti laparotomie, espone due osservazioni di fibromiomi uterini, che ultimamente egli curò con intervento chirurgico. Nel primo caso si trattava di una donna VIIpara, di 48 anni, che da 10 anni aveva dapprima mestruazioni abbondanti, poi menorragiche, e soffriva per dolore in tutto l'ambito addominale; metrorragie e dolori dovuti ad un fibromioma uterino, del volume di due pugni d'uomo. Le misere condizioni della salute della donna, ridotta a mal partito per le metrorragie, ed il pericolo imminente se queste avessero continuato, indicavano la miomoisterectomia. Fu fatta la mattina del 18 giugno u. s. L'emostasi fu ottenuta col cordoncino elastico e quindi con uno di seta, ed il peduncolo fu trattato col modo extra-peritoneale. La guarigione fu regolare e pronta, e 20 giorni dopo la donna lasciava il letto. — Nel 2° caso si trattava di una donna di 36 anni, IIIpara, con fibromiomi uterini multipli, che portavano disordini mestruali, e, col loro grande sviluppo, disordini d'ordine meccanico, fra cui l'ascite. L'operazione fu fatta il 15 luglio u. s. Fu praticata la laparoisterectomia, ed il peduncolo fu fissato all'angolo inferiore della ferita. L'andamento successivo fu pressochè regolare e la donna si levò dal letto nei primi di agosto.

La statistica italiana della laparo-isterectomia, per indicazione puramente ginecologica, ha segnato una percentuale di morti ben grave. Nel giugno 1884 il Peruzzi ci dava di casi letali il 66,6 %: ma se si raccogliessero i casi di questi due ultimi anni si avrebbe un miglioramento immenso. Il Negri per parte sua, operando in casi gravissimi, ci dà il 28, 5. L'A. dà il 25 %. Anche

all'estero la statistica fu gravissima, ed ora è molto migliorata. Ma per bene giudicare delle statistiche bisogna guardare alle modalità dei casi. Se il fibroma è sottosieroso più è facile l'intervento e varia la prognosi, se è interstiziale l'intervento avrà ben altro grado di gravità, perchè potrà richiedere o l'amputazione parziale dell'utero se questo solo in parte è invaso, o l'amputazione di tutto il corpo dell'utero con gli annessi, se il fibroma invade tutto il corpo Quindi in una statistica bisognerebbe distinguere i casi di miomotomia (fibromi sottosierosi) di miomo-isterotomia (fibromi al fondo dell'utero al disopra degli annessi) e i casi di miomo-isterectomia (fibromi che occupano il corpo uterino al disotto degli annessi).

L'A. fu obbligato a fare la miomo-isterectomia: perchè non la castrazone? Nel primo caso bisognava assolutamente impedire le metrorragie, e si noti che la donna aveva raggiunta l'età della menopausa senza che le perdite cessassero. e l'A. non crede che avrebbe giovato l'estirpazione dell'ovaio. Nel 2° caso lo sviluppo grande del tumore, che portava disturbi meccanici, indicava l'estirpazione. L'A. poi per l'emostasi provvisoria si loda molto del cordoncino elastico che preferisce al costrittore del Cintrat. Infine aggiunge brevi considerazioni sul trattamento del peduncolo intraperitoneale od extraperitoneale; questione al giorno d'oggi molto agitata, ma forse a torto, perchè i singoli casi indicheranno a qual modo di governo ci dovremmo appigliare, e non a parteggiare esclusivamente per l'uno o per l'altro metodo.

Dott. **A. Guzzoni degli Ancarani.** — Pro Semmelweis.

Altro opuscolo, estratto dalla *Gazzetta degli Ospitali*, ci ha mandato l'egregio Dott. Guzzoni, primo assistente nel R. Istituto Ostetrico Ginecologico di Pavia. Lo scopo che l'A. si propone è certamente buono e giusto: egli vuole mettere nella sua vera luce il Semmelweis, vero scopritore dell'eziologia della febbre puerperale, e primo nell'applicare i metodi antisettici nella cura della medesima. Ed è un fatto che il nome dell'illustre ostetrico di Vienna e di Pest non è portato tanto alto dalla fama quanto si merita. Ma è un fatto che l'egregio Dott. Guzzoni, in quel suo lavoro critico non ha raccolto tutti gli elementi che avrebbe potuto trovare con un po' più di pazienza, per portare un giudizio che francamente offende gli ostetrici italiani: « Chi ha udito nelle Scuole il nome di Filippo Ignazio Semmelweis? a quanti non arriva all'orecchio per la prima volta? » Posso assicurare il Dr. Guzzoni che nell'anno accademico 1882-83,

quando ero studente nell'Istituto di Studii Superiori in Firenze, il Prof. Chiara mi ha insegnato chi è stato il Semmelweis, e mi ha insegnato a venerarne il nome. Quindi negli anni appresso, essendo io assistente, ho sempre sentito dal prelodato Professore rammentare col debito onore i mertiti del Semmelweis. Perchè dubitare che facciano altrettanto gli altri Professori?

Ma questo è il meno. Io non mi sono occupato niente affatto di tale questione, è appena dal dì 26 dicembre, giorno in cui lessi l'articolo *Pro Semmelweis* (ed oggi siamo al 27) che ci ho pensato un po' e mi sono rammentato che negli scritti del Prof. Chiara, quel nome l'aveva trovato citato, e appunto nel 1867 il mio maestro scriveva alcune lettere al signor Conte Crescini-Malaspina, col titolo di *Questioni d'Igiene Nosocomiale*, edite a Parma dalla Tip. Sarzi. In queste a pag. 43 si legge:

« Nel 1847 Semmelweis, Direttore della 2ª Clinica di Vienna, venne in sospetto che la febbre puerperale potesse riconoscere per origine l'inoculazione di *materie settiche* o *cadaveriche*, fatta dagli studenti che venivano dagli anfiteatri anatomici, e che gli stessi diffondessero il contagio colle visite ed esplorazioni cliniche. Il sospetto lo portò ad adottare delle misure rigorose ed il risultamento fu ottimo. — Da questa epoca (1847) la mortalità cominciò a diminuire al punto che al 1848 era di 1,2, cifra che non si era più vista dal 1822. — Le stesse misure si addottarono alla 1ª Clinica, e la mortalità per le due Cliniche fino allora rappresentata in media da 8,9 per la prima e 5,8 per la seconda, dal 1847 al 1864 si mantenne sempre bassa, cioè 3,2 per 100 nella prima, e 2,8 nella seconda; e si noti che in questo periodo di tempo il numero annuale dei parti si era pressochè raddoppiato! — L'Hebammen di Pietroburgo, il Guy's hospital di Londra addottarono le idee di Semmelweis, e con lo stesso risultato. » — Questa non è al certo una rassegna del lavoro dell'ostetrico di Vienna, ma per citazione è assai, e sufficiente ad indicare allo studioso materiale di studio.

Nel primo anno di vita del nostro giornale, nel 1879, il Mangiagalli nel lavoro intitolato: « *Impressioni di un ostetrico in viaggio* » rammenta come prima del 1847 infierissero nelle Maternità di Vienna le forme infettive puerperali, rammenta le idee del Semmelweis, l'opera di lui e i brillanti risultati. Rammenta come il Lefort, pubblicando il suo libro nel 1866, esponesse il dubbio sull'efficacia dei mezzi adottati, ma che fortunatamente il Semmelweis ebbe piena ragione; e quindi riporta un quadro statistico, che, se si vuole, è un inno di gloria per l'ostetrico di Vienna, il quale era giunto a fare addottare le sue idee ai clinici che gli successero nella direzione delle Cliniche di quella città.

Ma a proposito del Prof. Mangiagalli, un'altra cosa mi dispiace nello scritto del Dott. Guzzoni, ed è l'aver voluto notare come l'egregio Professore di Catania non parli affatto del Semmelweis nella memoria « *Sul valore del metodo*

antisettico nella pratica ostetrica » quasi chè fosse una colpa da doversi a tutti segnalare. Ma se questo è, perchè due pesi e due misure? perchè non citare altri Professori che l'egregio Dott. Guzzoni ben conosce, che in lavori, aventi lo stesso soggetto, hanno mostrato di non conoscere il Semmelweis? Intanto a buon conto il Mangiagalli lo ha citato in due scritti; il Dott. Fasola lo ha pure citato, e l'A. gli fa quasi una colpa di averlo citato perchè la citazione riuscì non completa! Non potrebb' essere che la citazione si riferisse al primissimo periodo delle concezioni del Semmelweis?

Ma usciamo da queste che sono vere miserie. Solo voglio dire all' egregio collega che avanti di lanciare una sentenza, che per lo meno è troppo severa, e quindi ingiusta, avrebbe potuto raccogliere maggior materiale mentre io, senza occuparmene specialmente gli ho potuto fornire altre due citazioni, e gli posso aggiungere una terza, sebbene incompleta, che troverà a pag. 11 del lavoro del Dott. Arturo Masini, intitolato: « *Studio clinico ed anatomo-patologico sopra l'infezione puerperale* » — Genova 1882 — In nome di Dio nostro

Est modus in rebus, serat certi denique fines
Quos ultra citraque nequit consistere rectum!

E lo scrisse un pagano!

MARTINETTI.

Influenza della quantità delle acque dell'amnios e della lunghezza del cordone ombelicale sullo sviluppo del feto. — Studio preventivo del Dott. **M. Maggia**.

L'A. constata come nei feti a termine si osservi una grande differenza di sviluppo; l'un feto può essere a termine ed essere scarso di peso e volume, mentre può non essere a termine altro feto voluminoso e di peso quindi considerevole. Per decidere se un feto sia a termine bisogna considerare peso, volume, ossificazione, punto d' inserzione del funicolo ombelicale, e considerare questi dati riuniti non isolati. Così per l'A. si trovano feti a termine con immense differenze di volume e di peso. Il volume, che generalmente si può prendere dalla lunghezza, oscilla fra mm. 446 e mm. 530, il peso fra grm. 2515 e grm. 5040. Qual'è la causa di questa differenza? L'A. crede che le cause sieno molte, ed accetta, o meglio non rifiuta, tutte le cause sino ad ora accennate,

come la costituzione e stato di salute, di statura e di sistema nervoso della madre; le stesse condizioni del padre; le leggi d'atavismo; le qualità dei germi; il numero dei parti, la durata dell'emorragia menstrua, la precocità o il ritardo della sua comparsa. Ma ad una ad una tutte queste cause si possono infirmare, mentre riunite possono avere molto valore. Ma ad avvalorare il complesso può trovar posto anche la nuova causa: « La quantità delle acque dell'amnios e la lunghezza del cordone ombelicale influiscono sullo sviluppo del feto. » L'A. in altri due lavori si è occupato di calorimetria e termogenia uterina. Il feto non produce calore sufficiente pel processo del suo sviluppo, e non sprigiona calore, dunque il calore necessario il feto lo prende dall'organo incubatore, dall'utero. Le acque amniotiche disperdono calore, e calore cede a loro il sangue che per il cordone va dalla placenta al feto: quindi quanto maggiore sarà la quantità del liquido, quanto maggiore la lunghezza del cordone, tanto maggiore sarà lo sperdimento del calore. Quindi evidentemente numero di calori andrà dall'utero al feto, che si troverà privo di un fattore precipuo di sviluppo. Questo il ragionamento scientifico; in altro lavoro l'A. riporterà la coincidenza de' fatti e il responso dei numeri.

Dott. **Galabin**. — Fibrosarcoma del corion. *(Obstétrical Traus.*, Vol. 27, pag. 108).

La placenta presentava un tumore, che a tutta prima fu preso da alcuni medici come un fibroma uterino, espulso con la placenta alla faccia posteriore. Ma bene esaminata la faccia uterina della placenta fu ritrovato constare di solo tessuto placentare. Il tumore principale ed altre masse secondarie di piccolo volume erano in continuità con le villosità coriali (così l'esame istologico) e ricoperte con un epitelio continuo con quello delle villosità. Quindi la necessaria conclusione che l'origine era nel corion, non nella caduca. Gli elementi costituenti tenevano al sarcoma e al fibroma, cioè elementi fusiformi e piccole cellule rotonde. Se queste si fossero trovate in un'altra parte del corpo, si sarebbe fatto diagnosi di tumore di natura maligna.

Dott. **A. Carini.** — Contributo allo studio della maturità dell'uovo. *(Medizinische Jahrbücher*, Hft 6, 1886).

L'A. premette un rapido studio sulla formazione del follicolo di Graaf: quindi rammenta i differenti segni che secondo il Barry, il Bischoff, il Waldeyer, accennerebbero la maturanza del follicolo. A questi segni ne aggiunge uno nuovo, trovato dopo una lunga serie di ricerche istologiche praticate, e sempre con lo stesso resultato, su ovaia di donna, di cagna, di conigliole. Quando il complesso di segni, sino ad oggi conosciuti, concorrono a far ritenere maturo un follicolo, si tratta successivamente con l'ematossilina e con l'eosina, ed i vari elementi che costituiscono il follicolo manifestano differente affinità per i due reagenti. Per l'ematossilina spiegano affinità le cellule applicate contro la parete fibrosa del follicolo, e quelle pure che sono ad immediato contatto con l'ovulo. Per l'eosina invece spiegano affinità le cellule che sono intermedie ai due ordini di cellule rammentate, a mezzo del loro protoplasma. Ma in sostanza i loro nuclei s'impadroniscono dell'ematossilina, senonchè vi è un certo numero di elementi, nuclei e protoplasma che si colorano con l'eosina, ed appunto queste cellule *eosinofile* sono caratteristiche della maturanza del follicolo. Anzi corrisponderebbero al principio di un processo di degenerazione, che invade un numero più o meno grande di elementi costituenti il follicolo, che è in procinto di rompersi.

Dott. **Felsenreich.** — Governo del secondamento. — *(Wiener Klinik,* 1886, Hft I e *Centr. f. Gyn.,* n. 16, 1886).

Due metodi si possono seguire nel governo del secondamento: o l'aspettazione o il pronto intervento. Ahlfeld, e con lui Freund, Kabierske, Teuffel e Dohrn, sostengono il metodo aspettante. — L'A. non segue questo metodo che non dà buoni resultati, ma quello detto di Dublin o di Crédé, a condizione però che sia praticato con intelligenza. A confortare le sue idee riporta delle statistiche fatte con ricchi materiali raccolti in 4 anni e mezzo nella Clinica del Prof. Braun. In quel lasso di tempo avvennero 13,904 parti.

Media dei puerperii morbosi			. . . . .	6,78 %
Massima	»	»	(3 trimestri 1881) . . .	11,9 »
Minima	»	»	(1883)	2,7 »

Media della mortalità puerperale			. . . . .	0,44 %
Massima	»	»	(1882)	1,04 »
Minima	»	»	(1884)	0,00 »

In questo numero di 13,904 parti avvennero 56 secondamenti artificiali con la mano introdotta nell'utero, e 25 in primipare, 26 in pluripare. In questi 56 secondamenti vi furono 10 puerperii morbosi, una donna morì. Però l'A. conclude che non bisogna procedere all'estrazione manuale della placenta, introducendo la mano nell'utero, che dopo aver provati tutti gli altri metodi che possono risparmiare alle donne un metodo d'intervento penoso, doloroso e suscettibile di aggravare le condizioni del puerperio. Consiglia inoltre di astenersi assolutamente dalla pratica, già un tempo in onore, e pur anche oggi da taluni eseguita, di fare cioè iniezioni con soluzione di sesquicloruro di ferro nei casi d'emorragia per inerzia uterina.

Dott. **Remy**. — Condotta da seguirsi nei casi di gravidanza complicata da cisti ovarica. *(Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes).*

Il Dott. Remy, che ha studiato a fondo tale questione, riassume così le conclusioni:

1.° Il tumore è addominale. Se non vi sono accidenti e l'accrescimento è lento, niun intervento; se vi sono complicanze, dapprima fare la puntura, e magari ripeterla più volte, e ricorrere solo più tardi all'ovariotomia, che si farà possibilmente nei primi mesi, anche perchè il parto prematuro provocato è sempre grave; se la gravidanza è prossima al fine, pensare al parto prematuro artificiale; infine, se il travaglio del parto si prolunga troppo, ricorrere al forcipe.

2.° Il tumore occupa il piccolo bacino. — Durante la gravidanza, tentare la riduzione, la puntura della vagina, il parto prematuro artificiale o l'aborto provocato; — durante il travaglio ricorrere alla puntura o al respingere in alto il tumore; — infine, se tutto ci vien meno, si rientra nell'ordine dei restringimenti pelvici, e si tenta il forcipe, il rivolgimento, la craniotomia, o all'ultimo, estremo compenso, l'operazione cesarea.

Dal Rendiconto « *Il triennio 1883-85 nell' Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze,* diretto dal Prof. Cav. D. Chiara » compilato dal Dott. **Fasola**, e di prossima pubblicazione, togliamo i seguenti brani dal capitolo *Aborto.*

« La questione riguardante la condotta dell'ostetrico nella cura dell'aborto è rientrata in un periodo di acutizzazione nella Società ostetrico-ginecologica di Parigi in seguito alla comunicazione del Doleris (*Conduite a tenis dans l'avantement — Ecouvillanage de l'uterus pour l'extraction du placenta retenu dans la matrice*), » ecc.

La questione ha lasciato ancora i contendenti colla loro opinione di prima, come appare dalle opposte conclusioni in cui questi sono venuti . . . . . .

Fra i due estremi segnati recentemente dal Paiot e dal Doleris sta la pratica della Clinica fiorentina, che si attiene alle seguenti norme:

1.° *Aspettazione*, ancorquando il travaglio abortivo è in periodo di interruzione, nei casi in cui si ha collo uterino chiuso e difficilmente permeabile, e non si ha segno alcuno di putrefazione dell'ovo. Irrigazione intrauterina con acqua tiepida al dentocloruro di mercurio (1/2 $^0/_{00}$) praticata colla sonda metallica ordinaria a doppia corrente. Quando si ha emorragia, irrigazione intrauterina con acqua calda (+ 40° centigradi) al dentocloruro e zaffamento vaginale; questo può anche trovare indicazione profilattica in certi casi, nella pratica privata ad esempio, dove il soccorso per emorragia eventuale non può essere pronto.

2.° *Estrazione* (manuale o strumentale, con pinze o col cucchiaio, al modo accennato sopra) dei residui ovulari o della placenta tutte le volte che si hanno condizioni favorevoli, collo molto permeabile o vera dilatazione della bocca uterina. Colla estrazione non difficile in queste circostanze si evitano pericoli di emorragia e di putrefazione dell'ovo nell'utero, e si tolgono se già entrati in scena.

3.° *Estrazione pronta di necessità* quando si ha putrefazione dell'ovo, o putrefazione e setticemia, qualunque sia lo stato del collo.

Se il collo è permeabile, e meglio ancora se l'orificio uterino è più o meno largamente dilatato, estrazione manuale o strumentale al modo ordinario: se il collo è chiuso, dilatarlo con mezzi opportuni (laminaria, spugna preparata, dilatatore metallico, ecc.) la cui scelta sarà indicata dal caso e dalla maggiore o minore urgenza della estrazione. La tecnica proposta dal Doleris e sopra riassunta, può trovare qui la sua più conveniente applicazione. »

La Redazione.

NOTIZIE

Togliamo dal *Progrès Médical :*

« Sabato, 25 dicembre, nell'Anfiteatro della Clinica ostetrica di Parigi il Prof. Paiot dava l'addio agli uditori suoi, agli allievi ed agli amici. Desiderando di conformarsi alle disposizioni della legge che stabilisce ai professori di ritirarsi all'età di 70 anni, egli stesso il primo dicembre scorso domandava di essere messo in riposo per il 18 dicembre, dopo 45 anni di insegnamento, di cui 33 alla Facoltà. Sabato era dunque festa alla Clinica. Premeva di acclamare il Professore nel punto di chiudere le sue lezioni, le quali hanno avuto tanta influenza. Allievi del maestro, professori della Facoltà, medici degli spedali assistevano alla festa, e profittavano dell'occasione per offrire al Prof. Paiot il suo busto in bronzo, ed una medaglia con l'impronta de' suoi lineamenti e con la leggenda « *Prof. Paiot – Enseignement 1842-1887.* »

» Molte persone hanno risposto alle parole d'addio del maestro: il signor Doleris, ostetrico degli spedali, il primo suo aiuto, parlò a nome de' suoi allievi e il Dott. Peyron, Direttore Generale dell'Amministrazione della Pubblica Assistenza, ha voluto ringraziare a nome dei poveri l'uomo che tanto ha fatto per loro.

» Tutti i nostri lettori conoscono almeno di nome il Prof. Paiot, il successo e l'attrattiva delle sue brillanti lezioni, il modo così notevole di esprimere le sue idee, e di imprimerle nella mente degli uditori. Il sig. Doleris ha detto: « A voi, maestro per eccellenza, professore incomparabile, venuto dall'insegnamento libero e portato dalla voce potente dell'opinione alla cattedra che avete illustrato per tanto tempo, a voi porto il giusto tributo di omaggio, di ammirazione e di simpatia della gioventù studiosa della nostra Facoltà. »

» E noi ci associamo pienamente alle parole e al plauso del Professore che ebbe anche il coraggio di uniformarsi alla disposizione regolamentare. »

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, Via Pietro Verri, 16.

TAVOLA I.

MISURE DI FETI DI SESSO MASCHILE PESANTI DA 2000 A 2500 GRAMMI

Numero d'ordine	Numero del registro clinico	Età delle gravide	Numero delle gravidanze	ULTIMA MESTRUAZIONE	GIORNO e ORA DEL PARTO	Lunghezza totale	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	DIAMETRI																			CIRCONFERENZE					Peso
									Occipito mentoniera	Massimo	Occipito bregmatica	Occipito frontale	Inio nasale	Biparietale	Bitemporale	Bizigomatico	Bimastoideo	Biasterico	Mento frontale	Mento bregmatica	Tracchelo bregmatica	Sott'occipito frontale	Sott'occipito bregmatica	Sott'occipito mentoniera	Biacromiale	Bitrocanterico	Basiliaco	Occipito frontale	Occipito mentoniera	Occipito bregmatica	Faciale	Mento bregmatica	
						cent.	cent.	cent.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	grammi
1	25	25	1	?	6 gennaio 1886 ore 11 pom.	47	27	20	120	120	85	105	104	85	80	65	65	70	60	90	85	100	85	100	105	90	68	320	340	290	230	300	2080
2	36	32	4	?	5 settembre 1886 ore 7 1/4 pom.	46	25	21	105	116	90	110	104	83	75	65	65	67	66	94	90	104	90	85	95	76	63	330	330	310	250	320	2280
3	48	30	2	27 luglio 1885	19 aprile 1886 ore 10,20 ant.	44,5	24	20,5	105	115	85	102	100	85	71	65	67	68	68	88	80	91	87	85	102	85	68	310	310	290	260	300	2210
4	56	38	2	26 giugno 1885	12 marzo 1886 ore 7,20 ant.	49	28	21	117	130	94	117	115	95	80	72	70	80	68	100	90	111	100	93	110	87	65	360	370	330	280	330	2305
5	59	22	4	?	18 marzo 1886 ore 5 pom.	44,5	22	22,5	111	120	90	108	108	90	80	67	67	72	69	87	85	100	90	85	95	80	63	315	330	300	260	290	2460
6	63	27	3	?	17 aprile 1886 ore 11 ant.	44,5	23	21,5	115	122	98	107	105	82	68	61	60	70	65	91	89	96	92	88	87	78	55	320	330	300	230	290	2100
7	84	35	10	agosto 1885	21 maggio 1886 ore 11,30 ant.	48	27	21	112	115	90	103	100	90	80	65	70	75	65	90	85	99	90	80	105	85	60	330	340	290	260	280	2210
					TOTALE	323,5	176	147,5	785	838	632	752	736	610	534	460	464	502	461	640	604	704	634	616	699	581	442	2285	2350	2110	1770	2110	15645
					MEDIA	46,21	25,14	21,07	112,14	119,71	90,28	107,42	105,14	87,14	76,28	65,71	66,28	71,71	65,85	91,42	86,28	100,57	90,57	89,42	99,85	83	63,14	326,42	335,71	301,42	252,85	301,42	2235

TAVOLA II.

MISURE DI FETI DI SESSO FEMMINILE PESANTI DA 2000 A 2500 GRAMMI

Numero d'ordine	Numero del registro clinico	Età delle gravide	Numero delle gravidanze	ULTIMA MESTRUAZIONE	GIORNO e ORA DEL PARTO	Lunghezza totale	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	DIAMETRI																			CIRCONFERENZE					Peso
									Occipito mentoniera	Massimo	Occipito bregmatica	Occipito frontale	Inio nasale	Biparietale	Bitemporale	Bizigomatico	Bimastoideo	Biasterico	Mento frontale	Mento bregmatica	Tracchelo bregmatica	Sott'occipito frontale	Sott'occipito bregmatica	Sott'occipito mentoniera	Biacromiale	Bitrocanterico	Basiliaco	Occipito frontale	Occipito mentoniera	Occipito bregmatica	Faciale	Mento bregmatica	
						cent.	cent.	cent.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	grammi
8	21	27	4	?	25 dicembre 1885 ore 12 1/2 ant.	43	22	21	115	120	80	90	89	80	70	60	60	63	50	90	85	90	85	85	100	80	60	300	300	250	250	270	2050
9	24	38	13	metà aprile 1885	28 dicembre 1885 ore 7 1/2 pom.	47	24	23	120	125	85	105	103	85	80	70	65	75	55	100	85	95	90	90	105	90	65	330	350	300	260	290	2340
10	30	37	9	10 maggio 1885	14 gennaio 1886 ore 2 3/4 pom.	45	23	22	112	120	87	107	105	85	73	65	68	72	65	87	82	100	89	89	100	75	50	310	340	290	230	280	2000
11	51	25	1	ultimi maggio 1885	27 febbraio 1886 ore 7,50 pom.	45	24	21	121	129	90	108	105	85	72	65	66	74	64	98	90	95	90	95	105	82	65	340	370	290	240	290	2410
12	55	32	1	?	23 marzo 1886 ore 2 ant.	46	24	22	110	117	90	100	98	80	72	64	63	69	65	87	84	95	85	90	98	80	60	310	330	290	260	280	2240
13	58	25	7	?	15 marzo 1886 ore 5,30 ant.	46	25	21	115	120	75	108	106	80	72	62	60	62	70	95	90	100	85	90	95	75	70	310	330	280	250	300	2300
14	88	20	2	27 settembre 1885	1° giugno 1886 ore 12,20 ant.	47	25	22	120	127	90	103	102	88	75	65	67	71	70	90	87	96	91	88	100	85	65	320	340	290	270	310	2500
					TOTALE	319	167	152	813	858	597	721	708	583	514	451	449	486	439	647	603	671	615	627	703	567	435	2220	2360	1990	1760	2020	15840
					MEDIA	45,57	23,85	21,72	116,14	122,57	85,28	103	101,14	83,14	73,42	64,42	64,14	69,42	62,71	92,42	86,14	95,85	87,85	89,57	100,42	81	62,21	317,14	337,14	284.21	251,42	288,57	2262,85

TAVOLA III.

MISURE DI FETI DI SESSO MASCHILE PESANTI DA 2500 A 3000 GRAMMI

Numero d'ordine	Numero del registro clinico	Età delle gravide	Numero delle gravidanze	ULTIMA MESTRUAZIONE	GIORNO e ORA DEL PARTO	Lunghezza totale	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	DIAMETRI																			CIRCONFERENZE					Peso
									Occipito mentoniera	Massimo	Occipito bregmatica	Occipito frontale	Inio nasale	Biparietale	Bitemporale	Bizigomatico	Bimastoideo	Biasterico	Mento frontale	Mento bregmatica	Tracchelo bregmatica	Sott'occipito frontale	Sott'occipito bregmatica	Sott'occipito mentoniera	Biacromiale	Bitrocanterico	Basiliaco	Occipito frontale	Occipito mentoniera	Occipito bregmatica	Faciale	Mento bregmatica	
						cent.	cent.	cent.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	grammi
1	15	20	1	8 marzo 1885	7 dicem. 1885 ore 3 1/2 pom.	49	24	25	120	125	85	110	108	90	85	70	70	75	80	95	90	98	95	90	105	90	80	320	370	290	285	300	2880
2	40	30	1	16 maggio 1885	9 febbr. 1886 ore 1 50 pom.	49,5	26,5	23	120	135	87	110	109	84	77	68	71	70	61	99	95	106	95	100	115	90	70	340	355	300	270	310	2850
3	49	22	3	11 giugno 1885	24 febbr. 1886 ore 11 20 pom.	48	27	21	120	125	95	114	110	90	77	69	65	72	65	95	90	105	97	95	110	85	65	330	360	290	260	320	2890
4	52	25	1	Maggio 1885	30 marzo 1886 ore 10 20 ant.	48	26	22	120	130	85	105	100	88	81	68	65	75	75	95	85	96	87	90	100	85	72	330	340	290	270	310	2722
5	66	22	1	Agosto 1885	19 aprile 1886 ore 12 25 pom.	47	25	22	110	120	85	102	100	87	77	70	70	76	70	90	87	100	90	85	100	85	68	330	350	290	270	320	2650
6	68	38	6	15 luglio 1885	12 aprile 1886 ore 5 40 pom.	49	27	22	113	124	92	112	110	88	75	67	65	72	60	91	86	105	91	90	100	90	65	330	340	290	2 0	310	2780
7	79	24	3	Agosto 1885	4 giugno 1886 ore 10 30 ant.	48	25	23	120	125	90	111	110	85	75	68	68	70	65	90	88	104	92	90	109	85	62	330	340	300	250	280	2510
8	91	19	1	27 settembre 1885	6 giugno 1886 ore 11 30 pom.	47	26	21	122	125	97	110	110	85	71	67	65	70	68	96	85	100	93	95	110	85	70	320	330	310	250	290	2760
					TOTALE	385,5	206,5	179	945	1009	716	874	857	697	618	547	539	580	544	751	706	814	740	735	849	695	552	2630	2785	2360	2105	2440	22042
					MEDIA	48,18	25,81	22,37	118,12	126,12	89,50	109,25	107,12	87,12	77,25	68,37	67,37	72,50	68,00	93,87	88,25	101,75	92,50	91,87	106,12	86,87	69,00	328,75	348,12	295	263,12	305	2755,25

TAVOLA IV.

MISURE DI FETI DI SESSO FEMMINILE PESANTI DA 2500 A 3000 GRAMMI

Numero d'ordine	Numero del registro clinico	Età delle gravide	Numero delle gravidanze	ULTIMA MESTRUAZIONE	GIORNO e ORA DEL PARTO	Lunghezza totale	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	DIAMETRI																			CIRCONFERENZE					Peso
									Occipito mentoniera	Massimo	Occipito bregmatica	Occipito frontale	Inio nasale	Biparietale	Bitemporale	Bizigomatico	Bimastoideo	Biasterico	Mento frontale	Mento bregmatica	Tracchelo bregmatica	Sott'occipito frontale	Sott'occipito bregmatica	Sott'occipito mentoniera	Biacromiale	Bitrocanterico	Basiliaco	Occipito frontale	Occipito mentoniera	Occipito bregmatica	Faciale	Mento bregmatica	
						cent.	cent	cent.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	grammi
9	6	22	1	?	20 nov. 1885 ore 5 pom.	46	24	22	120	125	95	110	108	90	85	70	70	75	60	90	88	98	90	90	100	80	68	320	365	275	260	315	2860
10	7	20	1	Metà aprile 1885	23 genn. 1886 ore 8 1/4 ant.	46	25	21	110	121	90	105	104	90	80	65	68	75	60	88	85	98	90	105	103	85	66	325	340	280	260	320	2600
11	10	21	2	25 febbraio 1885	28 nov. 1885 ore 4 40 pom.	48	24	24	125	130	90	115	113	85	75	70	70	73	70	100	90	100	95	90	100	90	80	340	370	300	390	320	298[illegible]
12	13	25	3	?	4 dicembre 1885 ore 8 pom.	48	27	21	120	123	85	105	103	85	80	70	72	75	80	95	90	100	95	95	100	90	75	330	350	300	340	310	272[illegible]
13	19	22	3	1 marzo 1885	14 dicembre 1885 ore 4 pom.	47	24	23	115	120	90	105	104	85	75	65	68	70	80	95	88	98	95	95	110	85	70	320	350	280	290	300	2750
14	20	20	1	Ultimi marzo 1885	23 dicembre 1885 ore 3 1/2 pom.	50	26	24	130	135	90	115	113	90	85	70	72	74	70	95	90	100	95	90	115	95	80	350	370	310	260	315	2950
15	26	35	2	Aprile 1885	8 genn. 1886 ore 5 1/2 pom.	47	24,5	22,5	110	120	93	103	102	87	75	70	70	75	65	95	90	95	89	90	100	90	65	320	340	300	2 0	290	2800
16	35	36	5	3 maggio 1885	5 febbr 1886 ore 5 ant.	48	27	21	115	122	95	110	110	85	75	65	64	70	65	95	90	105	90	95	100	87	64	330	350	310	280	310	2710
17	39	26	2	15 maggio 1885	8 febbr. 1886 ore 1 pom.	45	24	21	120	127	91	107	106	87	77	67	75	77	70	95	88	105	95	100	95	75	60	330	350	300	260	280	2570
18	43	23	2	21 maggio 1885	11 febbr. 1886 ore 8 5 pom.	47	24,5	22,5	115	120	84	103	103	86	75	66	72	78	65	88	80	103	87	100	100	90	65	320	330	300	260	290	2650
19	44	23	1	17 giugno 1885	24 marzo 1886 ore 11 45 pom.	50	26	24	120	128	98	105	100	95	78	68	65	80	70	101	90	109	98	92	105	87	70	340	350	320	290	310	2960
20	47	21	1	26 maggio 1885	2 marzo 1886 ore 1 10 ant.	50	27	23	120	125	85	110	115	90	85	65	70	72	75	105	90	105	95	98	110	110	80	340	390	280	280	340	2700
21	76	26	2	Ultimi luglio 1885	5 maggio 1866 ore 12 25 pom.	50	27	23	119	127	95	110	110	85	75	67	69	72	64	93	89	105	95	90	115	95	78	330	380	290	270	310	2950
22	81	28	3	Fine luglio 1885	10 magg. 1886 ore 9 15 pom.	50	27	23	120	130	95	116	114	94	80	70	69	72	76	102	95	102	95	87	115	89	65	350	360	310	280	320	2970
					TOTALE	672	357	315	1659	1753	1276	1519	1505	1234	1200	948	974	1038	970	1337	1243	1423	1304	1317	1468	1248	986	4645	4995	4155	3940	4330	39170
					MEDIA.	48	25,50	22,50	118,50	125,21	91,14	108,50	107,50	88,14	85,71	67,71	69,57	74,14	69,28	95,50	88,78	101,64	93,14	94,07	104,85	89,14	70,42	331,78	356,78	296,78	281,42	309,28	2797,85

TAVOLA V.

MISURE DI FETI DI SESSO MASCHILE PESANTI DA 3000 A 3500 GRAMMI

Numero d'ordine	Numero del registro clinico	Età delle gravide	Numero delle gravidanze	ULTIMA MESTRUAZIONE	GIORNO e ORA DEL PARTO	Lunghezza totale	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	DIAMETRI																			CIRCONFERENZE					Peso
									Occipito mentoniera	Massimo	Occipito bregmatica	Occipito frontale	Inio nasale	Biparietale	Bitemporale	Bizigomatico	Bimastoideo	Biasterico	Mento frontale	Mento bregmatica	Trachelo bregmatica	Sott'occipito frontale	Sott'occipito bregmatica	Sott'occipito mentoniera	Biacromiale	Bitrocanterico	Bisiliaco	Occipito frontale	Occipito mentoniera	Occipito bregmatica	Faciale	Mento bregmatica	
						cent.	cent.	cent.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	grammi
1	16	19	2	1° marzo 1885	8 dicem. 1885 ore 6,40 ant.	48	25	23	130	135	95	110	108	85	75	70	70	72	75	100	95	105	98	100	115	95	85	335	370	320	250	305	3350
2	18	22	2	marzo 1885	14 dicem. 1885 ore 9,30 pom.	49	25,5	23,5	125	130	100	110	108	80	70	65	70	73	80	100	97	108	95	93	100	95	70	330	390	290	280	300	3100
3	22	25	5	20 marzo 1885	24 dicem. 1885 ore 9 pom.	50	25	25	125	130	95	110	109	90	80	65	68	70	60	102	100	105	100	100	120	95	80	350	380	310	280	305	3460
4	28	32	9	28 marzo 1885	11 genn. 1886 ore 4 3/4 pom.	49	26	23	120	125	96	115	110	90	80	70	70	78	70	100	95	105	95	97	120	89	65	340	360	310	240	320	3010
5	29	36	7	10 aprile 1885	12 genn. 1886 ore 11,50 pom.	50	27	23	120	126	98	112	110	90	85	72	75	80	66	95	95	105	100	100	120	87	67	340	370	310	250	310	3315
6	37	37	1	23 aprile 1885	7 febbraio 1886 ore 7 ant.	51,5	29,5	22	125	131	100	117	115	89	76	70	70	75	70	100	95	100	95	95	120	92	67	350	360	320	250	300	3510
7	41	25	2	17 maggio 1885	10 febb. 1886 ore 4,12 pom.	50	27	23	120	130	97	115	114	94	85	72	72	80	60	92	90	106	95	96	105	90	70	350	380	300	270	310	3200
8	42	42	5	maggio 1885	11 febb. 1886 ore 11 1/2 ant.	50	27,5	22,5	120	125	100	117	114	88	89	72	70	74	69	98	92	108	94	100	115	92	59	340	360	320	270	330	3140
9	46	24	4	2 maggio 1885	16 febb. 1886 ore 6 ant.	49	27	22	120	130	100	115	113	95	85	70	68	75	65	105	95	106	95	90	115	90	65	340	350	320	280	330	3420
10	53	20	1	settembre 1885	17 marzo 1886 ore 4 ant.	50	28	22	120	125	85	115	114	85	78	69	70	73	65	95	91	104	95	85	110	95	72	330	320	300	260	290	3360
11	57	27	3	1 giugno 1885	9 marzo 1886 ore 4,30 pom.	50	27	23	120	130	97	115	114	85	77	70	68	79	75	98	95	110	100	91	115	95	75	340	370	310	280	330	3290
12	69	25	2	1 agosto 1885	18 aprile 1886 ore 2 pom.	49	27	22	124	129	95	112	112	90	77	70	74	76	70	100	94	101	91	90	120	95	70	330	350	310	280	320	3130
13	73	29	3	5 luglio 1885	22 aprile 1886 ore 4,35 ant.	48,5	27	21,5	115	121	95	110	108	90	75	67	69	72	70	95	92	105	95	90	110	88	68	330	340	330	270	300	3050
14	74	20	1	29 agosto 1885	29 aprile 1886 ore 4 ant.	51	28	23	125	127	105	119	116	92	80	72	71	74	80	102	95	109	95	93	115	92	72	350	370	300	290	320	3440
15	78	22	1	15 agosto 1885	7 maggio 1886 ore 4 ant.	50,5	28	23,5	125	135	100	115	111	82	76	69	75	74	80	95	90	105	100	100	117	94	72	340	400	300	228	300	3450
16	82	27	5	2 agosto 1885	15 maggio 1886 ore 9,20 pom.	51	28	23	125	135	92	116	114	87	80	67	72	76	78	105	100	114	96	99	120	92	70	350	360	290	260	310	3510
17	94	22	2	1 settembre 1885	17 giugno 1886 ore 4,15 ant.	49,5	26,5	23,5	125	127	95	120	118	89	80	73	70	74	70	97	95	108	95	93	105	93	70	340	350	310	270	310	3130
18	99	35	7	15 agosto 1885	29 giugno 1886 ore 3 pom.	52	28	24	125	128	97	117	115	91	82	72	71	76	70	97	95	108	95	95	120	92	70	350	360	320	260	310	3290
19	101	35	4	1 ottobre 1885	7 luglio 1886 ore 9,30 ant.	48	26,5	21,5	112	116	85	105	105	90	80	70	70	72	72	94	87	98	85	88	110	92	74	320	350	290	290	300	3060
					Totale	9460	5135	4325	2321	2435	1827	2165	2128	1682	1510	1325	1343	1423	1345	1870	1788	2010	1814	1795	2172	1744	1341	6455	6890	5860	5058	5900	62015
					Media	49,78	27,02	22,76	122,15	128,15	96,15	113,94	112	88,52	79,47	69,73	70,68	74,89	70,78	98,42	94,10	105,78	95,47	94,47	114,31	91,78	70,57	339,73	362,63	308,42	266.21	310,52	3263,94

TAVOLA VI.

MISURE DI FETI DI SESSO FEMMINILE PESANTI DA 3000 A 3500 GRAMMI

Numero d'ordine	Numero del registro clinico	Età delle gravide	Numero delle gravidanze	ULTIMA MESTRUAZIONE	GIORNO e ORA DEL PARTO	Lunghezza totale	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	DIAMETRI																		CIRCONFERENZE					Peso
									Occipito mentoniera	Massimo	Occipito bregmatica	Occipito frontale	Inio nasale	Biparietale	Bitemporale	Bizigomatico	Bimastoideo	Biasterico	Mento frontale	Mento bregmatica	Tracchelo bregmatica	Sott'occipito frontale	Sott'occipito bregmatica	Sott'occipito mentoniera	Biacromiale	Bitrocanterico	Basiliaco	Occipito frontale	Occipito mentoniera	Occipito bregmatica	Faciale	Mento bregmatica	
						cent.	cent.	cent.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	grammi
20	9	32	5	5 aprile 1885	26 dicembre 1885 ore 1 ant.	49	26	23	125	130	90	110	108	90	80	70	75	78	60	95	90	100	90	95	115	90	70	340	370	320	260	300	3150
21	11	35	7	2 marzo 1885	30 novembre 1885 ore 2 30 pom.	49	26	23	120	125	95	105	103	95	80	75	75	78	65	100	95	102	89	100	115	100	80	320	370	300	250	300	3430
22	14	26	3	Marzo 1885	5 dicem. 1885 ore 9 40 pom.	48	25	23	120	125	90	113	110	90	85	70	70	73	65	100	95	106	95	96	110	95	70	330	380	290	270	300	3200
23	23	30	3	20 marzo 1885	27 dicem. 1885 ore 9 pom.	52	28	24	130	135	85	110	108	85	80	75	75	76	67	100	95	108	95	98	120	95	80	330	370	290	260	300	3300
24	27	25	2	5 aprile 1885	25 genn. 1886 ore 8 25 ant.	49	26	23	122	124	86	105	103	88	80	70	74	76	60	92	85	100	90	98	110	90	70	320	360	290	240	310	3030
25	32	35	4	Ultimi aprile 1885	6 febbr. 1886 ore 6 1/4 pom.	48	26	22	124	126	93	110	109	91	83	75	72	77	65	95	90	102	89	100	105	85	70	340	360	310	270	320	3210
26	33	19	1	20 maggio 1885	7 marzo 1886 ore 7 10 pom.	50	27	23	124	129	90	111	110	90	79	70	76	78	75	100	90	105	95	95	120	93	70	340	350	310	290	320	3510
27	45	34	10	23 giugno 1885	18 aprile 1886 ore 7 ant.	50	28	22	126	127	95	112	110	90	74	65	70	75	70	100	95	104	95	95	114	91	75	330	350	300	270	330	3370
28	54	24	1	Primi giugno 1885	12 marzo 1886 ore 10 7 ant.	48	26	22	115	125	92	110	107	90	78	70	71	79	73	95	92	104	90	95	105	89	70	350	370	290	290	320	3260
29	60	22	2	29 giugno 1885	6 aprile 1886 ore 8 30 pom.	50	27	23	125	130	100	112	111	86	72	67	65	70	75	100	95	105	100	102	115	90	65	330	340	300	270	310	3380
30	75	23	1	Ultimi luglio 1885	10 marzo 1886 ore 7 5 pom.	49	26	23	120	129	96	115	114	85	72	70	68	70	75	100	95	105	95	90	110	85	70	340	360	320	280	310	3030
31	85	22	1	15 agosto 1885	28 maggio 1886 ore 5 15 ant.	50	28	22	130	132	102	120	119	90	80	71	70	80	75	102	95	102	105	100	120	90	72	350	370	320	280	330	3350
32	92	39	4	Settembre 1885	10 giugno 1886 ore 2 30 ant.	50	27	23	120	125	94	110	109	87	72	70	69	75	70	94	90	104	90	90	120	92	70	330	350	310	250	300	3300
33	97	32	3	?	26 giugno 1886 ore 1 15 pom.	51	28	23	127	130	90	117	116	94	80	81	72	76	72	105	110	110	97	98	115	90	68	350	370	300	280	320	3450
34	106	31	3	Ottobre 1885	13 luglio 1886 ore 4 15 ant.	50	26	24	125	130	91	114	113	87	76	69	70	75	69	95	90	107	95	93	120	95	75	330	340	310	260	300	3080
					TOTALE	743	400	343	1853	1922	1389	1674	1650	1338	1171	1068	1072	1136	1036	1473	1402	1564	1410	1445	1714	1370	1075	5030	5410	4560	4020	4670	49050
					MEDIA	49,53	26,66	22,87	123,53	128,13	92,60	111,60	110,00	89,20	78,00	71,20	71,46	75,73	69,06	98,20	93,46	104,26	94	96,33	114,26	91,33	71,66	335,66	360,66	304	268	311,33	3273

TAVOLA VII.

MISURE DI FETI DI SESSO MASCHILE PESANTI DA 3500 A 4000 GRAMMI

Numero d'ordine	Numero del registro clinico	Età delle gravide	Numero delle gravidanze	ULTIMA MESTRUAZIONE	GIORNO e ORA DEL PARTO	Lunghezza totale	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	DIAMETRI																			CIRCONFERENZE					Peso
									Occipito mentoniera	Massimo	Occipito bregmatica	Occipito frontale	Inio nasale	Biparietale	Bitemporale	Bizigomatico	Bimastoideo	Biasterico	Mento frontale	Mento bregmatica	Tracchelo bregmatica	Sott'occipito frontale	Sott'occipito bregmatica	Sott'occipito mentoniera	Biacromiale	Bitrocanterico	Bisiliaco	Occipito frontale	Occipito mentoniera	Occipito bregmatica	Faciale	Mento bregmatica	
						cent.	cent.	cent.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	grammi
1	3	30	7	Febbraio 1885	4 dicem. 1885 ore 6,25 pom.	50	28	22	130	135	100	115	113	90	85	70	72	75	70	100	95	105	95	100	125	95	80	360	390	310	270	310	3700
2	8	24	1	8 marzo 1885	12 dicem. 1885 ore 7,20 ant.	49	26	23	125	130	100	115	114	90	80	72	72	75	65	95	90	100	90	98	120	95	70	360	405	300	270	300	3870
3	12	18	1	Aprile 1885	7 genn. 1886 ore 3,5 pom.	50	26,5	23,5	135	138	95	117	115	90	80	70	70	75	65	100	95	105	95	100	120	95	75	360	400	310	260	320	3550
4	61	37	5	19 luglio 1885	22 aprile 1886 ore 6,30 ant.	53	29	24	122	135	100	125	119	95	85	76	71	77	75	104	100	109	93	95	115	95	72	370	390	310	300	330	3960
5	64	23	5	20 luglio 1885	13 giugno 1886 ore 4,25 ant.	52	28	24	130	134	100	121	120	91	81	82	72	80	70	100	95	100	100	97	115	95	72	360	370	330	270	320	3890
6	105	30	6	Primi ottobre 1885	12 luglio 1886 ore 4 ant.	53	29	24	122	130	95	120	115	93	71	72	75	76	75	100	115	110	95	92	120	90	70	360	370	320	280	320	3840
7	107	36	6	?	14 luglio 1886 ore 12,45 ant.	50	28	22	120	130	95	119	116	94	80	71	75	78	70	100	95	111	95	100	115	95	80	360	380	320	290	330	3560
					TOTALE	357	194,5	162,5	884	932	685	832	812	643	562	513	507	536	490	709	685	740	663	682	830	660	519	2530	2705	2200	1940	2230	26370
					MEDIA.	51	27,8	23,20	126,28	133,14	97,85	118,85	117,42	91,85	80,28	73,28	72,42	76,57	70	101,28	97,85	105,51	94,71	97,42	118,57	94,28	74,14	361,42	386,42	314,28	277,14	318,57	3767,14

TAVOLA VIII.

MISURE DI FETO DI SESSO FEMMINILE PESANTI DA 3500 A 4000 GRAMMI

Numero d'ordine	Numero del registro clinico	Età delle gravide	Numero delle gravidanze	ULTIMA MESTRUAZIONE	GIORNO e ORA DEL PARTO	Lunghezza totale	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	DIAMETRI																			CIRCONFERENZE					Peso
									Occipito mentoniera	Massimo	Occipito bregmatica	Occipito frontale	Inio nasale	Biparietale	Bitemporale	Bizigomatico	Bimastoideo	Biasterico	Mento frontale	Mento bregmatica	Tracchelo bregmatica	Sott'occipito frontale	Sott' occipito bregmatica	Sott'occipito mentoniera	Biacromiale	Bitrocanterico	Bisiliaco	Occipito frontale	Occipito mentoniera	Occipito bregmatica	Faciale	Mento bregmatica	
						cent.	cent.	cent.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	grammi
8	50	30	5	9 maggio 1885	26 febb. 1886 ore 4,10 pom.	51	27	24	125	130	104	116	114	95	85	77	75	80	70	105	98	110	101	110	120	92	83	360	400	320	290	320	3780
9	67	20	2	?	12 aprile 1886 ore 4,45 ant.	52	28	24	130	134	95	114	111	90	80	75	72	75	70	95	90	105	95	110	120	95	75	350	390	320	280	320	3900
10	72	38	5	2 luglio 1885	29 maggio 1886 ore 3,45 ant.	51,5	28,5	23	130	131	95	120	115	90	80	70	71	80	82	105	100	106	100	95	115	93	72	350	380	320	280	310	3600
11	83	28	5	Ultimi agosto 1885	19 maggio 1886 ore 11 pom.	53	28	25	125	130	100	121	118	89	80	75	75	79	75	97	95	106	96	98	105	100	70	340	360	310	250	300	3530
12	95	29	5	28 settembre 1885	21 giugno 1886 ore 8 ant.	51	28	23	125	130	90	110	110	84	75	70	70	72	70	98	90	100	90	98	115	96	80	330	340	300	280	310	3605
13	102	37	9	Ultimi sett. 1885	3 luglio 1886 ore 9,45 ant.	52	28	24	128	132	96	124	120	97	85	72	80	82	80	105	100	102	98	100	125	95	75	370	390	330	300	320	3560
					TOTALE	310,5	167,5	143	763	787	580	705	688	545	485	439	443	468	447	605	573	629	580	611	700	571	455	2100	2260	1900	1680	1880	21975
					MEDIA.	51,75	27,91	23,84	127,16	131,16	96,66	117,50	114,66	90,83	80,33	73,16	73,83	78	74,50	100,83	95,50	104,83	96,66	101,83	116,66	95,16	75,83	350	376,66	316,66	280	313,33	3662,50

TAVOLA IX (Maschi).

MEDIE DELLE VARIE CLASSI RIUNITE

Classe	Numero dei feti di ognuna	PESI DELLE DIVERSE CLASSI	Media del peso di ciascuno	Lunghezza totale	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	DIAMETRI																		CIRCONFERENZE				
							Occipito mentoniera	Massimo	Occipito bregmatica	Occipito frontale	Inio nasale	Biparietale	Bitemporale	Bizigomatico	Bimastoideo	Biasterico	Mento frontale	Mento bregmatica	Tracchelo bregmatica	Sott'occipito frontale	Sott'occipito bregmatica	Sott'occipito mentoniera	Biacromiale	Bitrocanterico	Basiliaco	Occipito frontale	Occipito mentoniera	Occipito bregmatica	Faciale	Mento bregmatica
		grammi	grammi	cent.	cent.	cent.	mill.	mill	mill.	mill	mill.	mill	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill	mill.	mill.	mill.	mill.	mill	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.
1ª	7	Da 2000 a 2500	2235	46,21	25,21	21,07	112,14	119,71	90,28	107,42	105,14	87,14	76,28	65,71	66,28	71,71	65,85	91,42	86,28	100,57	90,57	89,42	99,85	83,00	63,14	326,42	335,71	301,42	252,85	301,42
2ª	8	Da 2500 a 3000	2755,25	48,18	25,81	22,37	118,12	126,12	89,50	109,25	107,12	87,12	77,25	68,37	67,37	72,50	68,00	93,87	88,25	101,75	92,50	91,87	106,12	86,87	69,00	328,75	348,12	295,00	263,12	305,00
3ª	19	Da 3000 a 3500	3263,94	49,78	27,02	22,76	122,15	128,15	96,15	113,94	112,00	88,52	79.47	69,73	70,68	74,89	70,78	98,42	94,10	105,78	95,47	94,47	114,31	91,78	70,57	339,73	362,63	308,42	266.21	310,52
4ª	7	Da 3500 a 4000	3767,14	51,00	27,80	23,20	126,28	133,14	97,85	118,85	117,42	91,85	80,28	73,28	72,42	76,57	70,00	101,28	97,85	105,71	94,71	97,42	118,57	94,28	74,14	361,42	386,42	314,28	277,14	318,57

TAVOLA X (Femmine).

1ª	7	Da 2000 a 2500	2262,85	45,57	23,85	21,72	116,14	122,57	85,28	103,00	101,14	83,14	73 42	64.42	64,14	69,42	62,71	92,42	86,14	95,85	87,85	89,57	100,42	81,00	62,21	317,14	337,14	284,28	251,42	288,57
2ª	14	Da 2500 a 3000	2797,85	48,00	25,50	22,50	118,50	125,21	91,14	108,50	107,50	88,14	85,71	67,70	69,57	74,14	69,28	95,50	88,78	101,64	93,14	94,07	104,85	89,14	70,42	331,78	356,78	296,78	281.42	309,28
3ª	15	Da 3000 a 3500	3270,00	49,53	26,66	22,87	123,53	128,13	92,60	111,60	110,00	89,20	78,06	71,20	71,46	75,73	69,06	98,20	93,46	104,26	94,00	96,33	114,26	91,33	71,66	335,66	360,66	304,00	268,00	311,33
4ª	6	Da 3500 a 4000	3662,50	51,75	27,91	23,84	127,16	131,16	96,66	117,50	114,66	90,83	80,83	73,16	73,83	78,00	74,50	100,83	95,50	104,83	96,66	101,83	116,66	95,16	75,83	350,00	376,66	316,66	280,00	313,33

TAVOLA XI.

MEDIE RIUNITE DEI FETI MASCHI E FEMMINE (in numero uguale) PESANTI DA 3000 A 3500 GRAMMI

Sesso	Numero	Peso	Lunghezza totale	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	DIAMETRI																			CIRCONFERENZE				
						Occipito mentoniera	Massimo	Occipito bregmatica	Occipito frontale	Inio nasale	Biparietale	Bitemporale	Bizigomatico	Bimastoideo	Biasterico	Mento facciale	Mento bregmatica	Tracchelo bregmatica	Sott'occipito frontale	Sott'occipito bregmatica	Sott'occipito mentoniera	Biacromiale	Bitrocanterico	Basiliaco	Occipito frontale	Occipito mentoniera	Occipito bregmatica	Faciale	Mento bregmatica
		grammi	cent.	cent.	cent.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.	mill.
Maschi	15	3268,26	49,70	26,90	22,80	122,26	128,60	97,20	113,80	113,53	88,33	79,20	69,53	70,66	75,00	70.33	98,46	94,06	105,46	96,20	94,66	114,46	91,28	70,46	339,66	364.66	310,00	265.20	311,33
Femmine	15	3270,00	49,53	26,66	22,87	123,53	128,13	92,60	111,60	110,00	89,20	78,06	71,20	71,46	75,73	69,06	98,20	93,46	104,26	94,00	96,33	114,26	91,33	71,66	335,66	360,66	304,00	268,00	311,33
Totale	30	6538,26	99,23	53,56	45,66	245,79	256,73	189,80	225,40	223,53	177,53	157,26	140,73	142,12	150,73	139,39	196,66	187,52	209,72	190,20	190,99	228,72	182,61	142,12	675,32	725,32	614.00	533,20	622,66
Media		3269,13	49,61	26,78	22,83	122,89	128,36	94,90	112,70	111,76	88,76	78,63	70,36	71,06	75,36	69,69	98,33	93,76	104,86	95,10	95,49	114,36	91,30	71,06	337,66	362,66	307,00	266,60	311,33
		3260	50	27	23	12 1/2	13	9 1/2	11 1/2	11 1/2	9	8	7	7	7 1/2	7	10	9 1/2	10 1/2	9 1/2	9 1/2	11 1/2	9 1/2	7 1/2	34	36 1/2	31	27	31 1/2